SUBCOMISIÓN PARA EL ESTUDIO DEL PROYECTO DE LEY DE CONTRATOS DE SEGUROS

(Sesión celebrada el 27 de noviembre de 2017).

SEÑOR PRESIDENTE.- Está abierto el acto.

(Son las 12:02).

Dese cuenta de los asuntos entrados.

(Se da de los siguientes).

«Solicitud de audiencia del presidente de la Comisión Especial de Seguros privados de la Cámara de Diputados de Brasil que estará en el país entre el 27 de noviembre y el 2 de diciembre de 2017. (Enviada por correo electrónico el 7 de noviembre).

Nota de la Asociación de Productores-Asesores de Seguros (APROASE) recibida el 21 de noviembre remitiendo modificaciones al proyecto de ley. (Enviada por correo electrónico el 21 de noviembre)».

–Más tarde vamos a dar trámite a la solicitud que nos realizan los diputados de Brasil.

Respecto al segundo punto, está en dominio de la comisión y por supuesto también de nuestro apreciado visitante, el doctor Ariel Apotheloz.

Aclaro que ya tenemos todo el material reunido, las observaciones y los artículos desglosados, gracias a la eficacia de la secretaría de la comisión. En virtud de que tenemos detallado artículo por artículo, vamos a ir remitiéndonos a ellos y ojalá que dé el horario para poder terminar hoy y si no habilitaremos otra reunión.

Vamos a empezar con el artículo 1.º

La senadora Eguiluz está de acuerdo con las modificaciones propuestas por la Universidad de Montevideo. Por su parte, el doctor Apotheloz señala que esas modificaciones son técnicamente correctas pero considera que habría que dejar este tema para la reglamentación pues incorporar aspectos de interpretación puede resultar negativo para su aplicación. Esto fue expresado en el acta n.º 3, del 16 de mayo de 2017.

Esto lo podríamos acordar.

SEÑOR BORDABERRY.- No sé cuál va a ser la mecánica. Supongo que no vamos a aprobar nada.

SEÑOR PRESIDENTE.- No; simplemente quedan los artículos como acordados y la comisión madre es la que va a votar.

Luego pasaríamos al artículo 3.º, que ya tiene que ver con las modificaciones propuestas.

SEÑOR BORDABERRY.- Me gustaría hacer una consulta porque no sé si estoy leyendo bien. De aprobarse la propuesta, lo que haría es modificar el inciso segundo en la parte que dice que cuando difiera el contenido, deberá destacarse esa diferencia. Creo que eso va en beneficio del tomador. Cuando la póliza difiere de la propuesta, tendría que destacarse en el contrato. Después dice que la aceptación solamente se presume cuando el asegurador advierte al tomador asegurado sobre el derecho de reclamar por la cláusula inserta en forma destacada en el frente de la póliza. Me parece que estas son cláusulas portectoras del asegurado y no entiendo la postura de Aproase, pero no es una pregunta que, quizás, pueda responder el doctor Apotheloz.

SEÑOR APOTHELOZ.- Yo hice un estudio sobre el material que me enviaron.

Recordemos que este es un proyecto enviado por el Poder Ejecutivo y no del mercado asegurador ni de las empresas de seguro. Como en su momento Aproase no fue consultado, capaz que viniendo en el análisis del proyecto de ley un poquito atrás –por decirlo de alguna manera– haya aspectos que no ha podido ver o, quizás, en una discusión con todos los interlocutores le pudiera haber quedado más claro.

Lo que yo veo de toda la postura de Aproase y las modificaciones que propone es que tiene una visión muy errada de lo que es la naturaleza jurídica del contrato de seguros, es decir, cómo funciona en la práctica comercial y, justamente, cuáles son aquellas normas que tienden a beneficiar al usuario, que es el asegurado. Creo que este es uno de los casos, porque el señor senador Bordaberry dice muy bien que uno podría no ver cuál es la diferencia. Ellos proponen una diferencia que nos vuelve a antes del Código de Comercio de 1865 porque, sin quererlo, desvirtúa lo que es la esencia del contrato de seguros que tiene como característica la automaticidad. Ellos suprimen el inciso segundo del proyecto del Poder Ejecutivo –con el que están de acuerdo todas cátedras y los especialistas, porque ninguno lo ha observado– y dicen: «Perfeccionado el contrato la propuesta se considerará parte integrante del contrato de seguro y prevalecerá ante cualquier error u omisión que pueda surgir en la emisión de la póliza». Las diferencias que pueden existir entre la propuesta y la póliza, como bien decía el señor senador Bordaberry, lo atribuyen a errores u omisiones. El contrato de seguros funciona con esa automaticidad porque nosotros tenemos programas, planes, productos y coberturas diseñados. Muchas veces en las propuestas, los asegurados piden cosas que no están diseñadas en nuestros planes o que no las podemos cubrir porque no hay condiciones de asegurabilidad. Por ejemplo, el otro día pensaba en un HTT, huracanes, tornados y tempestades. No todos los edificios o las construcciones pueden ser asegurables si no tienen determinadas garantías constructivas necesarias. Un asegurado me puede pedir dentro de un paquete de seguros un HTT, por ejemplo, y yo entender que no es asegurable. Entonces, como está propuesto en el proyecto del Poder Ejecutivo yo le pongo: cobertura, edificio y le aclaro que no se cubre HTT, porque no se puede cubrir. Entonces, con el agregado que hace Aproase hay un problema, pues expresa que «Perfeccionado el contrato la propuesta se considerará parte integrante del contrato de seguro…». En la propuesta se me pide HTT, pero yo le digo que no se lo puedo cubrir.

En definitiva, en este proyecto de ley en el que el contrato de seguros es masivo y de lo que se trata es que haya automaticidad, habría que llamar al corredor y decirle que no se puede cubrir HTT y que hay que cambiar la propuesta del seguro ya que no se le puede admitir el contrato.

En cambio, con el *modus* propuesto en el proyecto de ley del Poder Ejecutivo, le emito la póliza a la persona y le digo que no le puedo cubrir HTT. Como se expresa en el artículo, «la diferencia deberá destacarse en la póliza» y deberá quedar bien señalizada, subrayada. En fin, de la forma que sea le aclaro que no le cubro el HTT y además, tal como se dice en la iniciativa, le tengo que advertir a la persona que tiene un plazo de treinta días para decidir si igual mantiene el contrato o quiere conservar el seguro con la modificación que le hacemos según la que no queda cubierto el HTT. De esa forma se logra automaticidad.

Adviertan los señores senadores que acá estamos hablando de un negocio que diariamente se contrata por miles. Si a cada posible asegurado, según la cláusula de Audea, le tuviera que decir que no le puedo cubrir HTT y que me cambie el formulario porque no me sirve, haríamos tres contratos por día. Y a los asegurados les surgiría un problema: no tendrían cobertura. La masividad, la automaticidad y la celeridad hacen que una persona compre un auto sabiendo que se va tranquila de la automotora con un seguro ya hecho. Imagínense que se presentara un contrato, por ejemplo de un automotor, y que el asegurador fuera a diferir lo que la persona pretende de la cobertura con otra que no es exacta. La persona no podría sacar el auto de la automotora porque el asegurador le tendría que decir que «de todo lo que me pide, esto, esto y esto no se lo cubro; así que cámbieme la propuesta».

No sé si me explico. Como que se vuelve a un sistema pesadamente burocrático y, como digo, hasta antiguo en materia de gestión de pólizas de seguro.

Con respecto a este artículo del proyecto de ley del Poder Ejecutivo yo he traído modelos de las leyes mexicana, colombiana, peruana, etcétera, y todas, con uno u otro texto, tratan de buscar la forma de regular la realidad del mercado. Me refiero a incluir lo que todos queremos cuando contratamos un seguro: respuestas rápidas y claras. Por eso es que el Poder Ejecutivo y el mercado asegurador queremos una ley general de seguros. Justamente queremos que todo esto quede regulado en pro del asegurado, del usuario.

SEÑOR BORDABERRY.- Quisiera hacer dos consultas.

Antes que nada, le pido disculpas por mi formación civilista y no comercial, pero quisiera saber si el que hace la propuesta es el asegurador.

SEÑOR APOTHELOZ.- El asegurado.

SEÑOR BORDABERRY.- ¿El asegurado hace la propuesta? Porque, por ejemplo, cuando yo voy a contratar un seguro de un automotor, se lo pido a la compañía de seguros y esta me hace una propuesta. Me asegura el vehículo contra hurto, daño, terceros, responsabilidad civil, etcétera, y me dice que el seguro cuesta equis dinero. Le respondo que lo acepto y después me manda la póliza. ¿Quién me hizo la propuesta? La propuesta de asegurar el auto me la hizo la compañía y luego me envía la póliza. Por lo que veo, el segundo inciso del artículo 3.º comienza diciendo: «Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta…». Entonces, ¿quién hizo la propuesta? ¿El asegurado?

SEÑOR APOTHELOZ.- Justamente por este principio de automaticidad y celeridad, las empresas de seguros tienen formularios de propuestas, pero el que la llena, la firma y propone al asegurador la cobertura es el asegurado. Obviamente que todo se hace de acuerdo con planes predeterminados, como ocurre con cualquiera de los contratos que se firman. Por ejemplo, en los contratos de transporte los formularios ya están hechos y el cargador o el consignatario llenan los claros. Quiere decir que las propuestas ya vienen predeterminadas, pero quien firma y propone contratar es el asegurado. Claro está que no propone contratar cualquier cosa porque los seguros ya están parametrizados y son productos que ya están delineados por los actuarios de acuerdo con determinadas condiciones de asegurabilidad. Reitero que la propuesta de contratar la hace el asegurado. Si el asegurador acepta lisa y llanamente la propuesta, obviamente esta coincide con el contenido, por lo tanto no se aplica esta norma. Aquí se trata de regular –sucede así en todo el derecho comparado– que para el caso de que la propuesta y la póliza no coincidan, se le aclara al asegurado que no se le cubre determinada cosa o aquellas modificaciones a su propuesta. Y se le advierte que tiene un plazo de tantos días para decir si acepta o no las modificaciones que se han hecho. Eso es así a los efectos de que quede determinado si el contrato nace a la vida jurídica por la voluntad de ambas partes. Se procede así por la modalidad que tiene el contrato de seguros.

SEÑOR BORDABERRY.- Lo había entendido de otra forma.

El artículo 3.º dice: «Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia deberá destacarse en la póliza y se considerará aprobada por el tomador o asegurado si no se reclama dentro de treinta días corridos de haber recibido la póliza.

Esta aceptación se presume solo cuando el asegurador advierte al tomador o al asegurado sobre el derecho de reclamar por cláusula inserta en forma destacada en el frente de la póliza.

El asegurador deberá informar en forma clara y precisa sobre todas las previsiones contenidas en la propuesta de contratar…»

Cuando como usuario contrato un seguro, nunca hago una propuesta de contratar. Quien hace la propuesta de contratar es la empresa aseguradora. Por ejemplo, mi agente me plantea lo que dos o tres empresas me cobran en cuotas y yo elijo la que más me conviene. Es decir que acepto la propuesta de tal empresa que me cobra tanto en tantas cuotas. Y al tiempo me llega la póliza a mi casa por correo.

Lo que no está claro acá –o debemos aclararlo– es quién hace la propuesta de contratar. Si sale del asegurado –no del asegurador– está mal lo que nos remite Aproase. Si uno hace una propuesta y el otro no la acepta ¿cómo va a aplicarse en primer lugar la propuesta que no fue aceptada? Si fuera así, deberíamos dejar claro en el artículo 3.º que la propuesta parte del asegurado y no del asegurador.

SEÑOR APOTHELOZ.- En el régimen general de seguros, el asegurado es quien hace la propuesta.

Una de las cosas que modifica este proyecto de ley es que salimos del régimen de contrato solemne; aunque parezca mentira, según el Código de Comercio el seguro es un contrato comercial solemne. Si se observa, la póliza está firmada solo por una de las partes. Muchas veces se me ha preguntado por qué la póliza está firmada solo por el asegurador y no por el asegurado. Es así porque el asegurador es quien firma la propuesta que es redactada también por el asegurador. Pero,

jurídicamente el que propone contratar y el que solicita un seguro es el asegurado. Las condiciones, en tanto son productos parametrizados como pasa en otros contratos, son redactadas por el asegurador. Reitero que quien firma proponiendo contratar y diciendo que quiere ese seguro es el asegurado.

Actualmente, según nuestro derecho –ahora pasamos al régimen consensual– el contrato se forma de la propuesta firmada por el asegurado y la póliza firmada por el asegurador. Por eso la póliza siempre está firmada solo por una de las partes. La manifestación de voluntad del asegurador es cuando se le envía la póliza al asegurado; es decir que manifiesta su voluntad redactando la póliza. La manifestación de voluntad del asegurado es la propuesta. Acá sucede lo mismo. Es decir que la propuesta del asegurado es la que le formula el asegurador.

La funcionalidad de este artículo está en que muchas veces todo lo que pide un cliente no está dentro los planes asegurativos. Aproase habla de errores u omisiones que no tiene nada que ver con esto porque un error siempre es excusable o inexcusable. Entonces, se le dice a la persona que no se le puede asegurar tales riesgos. Generalmente hablo de tipos de riesgos. Por ejemplo, seguros donde el asegurador no ve condiciones de seguridad para asegurarle tal riesgo y eso lo tiene que advertir. En la propuesta la persona puso que quiere todo el paquete de riesgo y el asegurador le dice cuál no; por eso lo tiene que poner destacado y advertirle –como bien leyó el senador– que tiene un plazo de 30 días corridos para decir si en las condiciones que se le da la cobertura más limitada que lo que pedía, por ejemplo, la acepta o no. Así funciona.

SEÑOR BORDABERRY.- Le vuelvo a hacer una consulta.

Obviamente, los contratos se perfeccionan mediante el consentimiento intercambiado por las partes, sea en el derecho comercial como en el civil. El consentimiento puede ser tácito o expreso. Por lo general, las necesidades del comercio muchas veces lo hacen tácito frente a la solemnidad de los contratos civiles que requieren el consentimiento expreso.

En el proyecto se dice que el contrato de seguros se perfecciona mediante el mero consentimiento de las partes. El del asegurado es la propuesta; si está haciendo una propuesta, está diciendo sí a esto. El del asegurador es si acepta, y presenta la póliza en determinadas condiciones. Ahora bien, acá dice que se perfecciona aún antes de la emisión de la póliza y del pago del premio. Entonces, lo que me cuesta comprender es lo siguiente. La empresa aseguradora, el asegurador, dice que sí acepta la propuesta, pero resulta que después emite una póliza que no acepta la misma propuesta. Es decir, hay una suerte de postergación del consentimiento definitivo. Se dice que acepta la propuesta, pero después emite una póliza que no tiene las mismas condiciones que tenía la propuesta y le hace modificaciones. Por tanto, le acepta, le hace una contrapropuesta –entre comillas, porque la póliza no va a destacar tal cosa– y si pasan 30 días y no dice nada, la da por aceptada. ¿Ahí estaría totalmente perfeccionado el consentimiento y las obligaciones de las partes? Estoy preguntando y no haciendo una crítica.

SEÑOR APOTHELOZ.- Quiero hacer una pequeña precisión: volvemos a lo mismo. Esto es lo lindo que tiene el contrato de seguros. Hace un tiempo les decía que es casi como una relación santa. Cuando nosotros recibimos centenares de propuestas, en ese momento, no las estamos aceptando. La recepción de una propuesta no quiere decir que se la acepta. Justamente, el contrato –está muy buena esta modificación, que siempre la habíamos criticado, o sea el tema de la solemnidad–, como todo documento que tiene que ser rápido y automático, debe perfeccionarse por el mero consentimiento. El tema de lo que dice el inciso segundo, que es esencial, es de prueba. Cuando el contrato es verbal u oral, es solamente consensual; pero luego hay que probar sus componentes, contenidos y alcances. Lo que regulan los siguientes incisos, después de anunciar que el contrato se perfecciona por el mero consentimiento aún antes de la póliza, es así. La cuestión luego se centra en cuál es el contenido y ahí hay que ver si existen conflictos de intereses porque esto está planteado en ese caso. En el 95 % de los casos, la propuesta y la póliza coinciden. Acá estamos, obviamente, en la eventual patología. ¿Qué pasa cuando en un contrato no coinciden las cosas? Es decir, ¿cuál es la prueba? Son los documentos. En el mero consentimiento las palabras se las lleva el viento. Entonces, ahí es donde está la importancia. Por tanto, se dice que la diferencia entre la propuesta y la póliza que se emitió debe ser destacada.

¿Por qué emito? Porque –vuelvo a reiterar el ejemplo de la teatralización que hice; pido disculpas– es tan automático el contrato que si a mis cientos de asegurados de pólizas que recibo por día les dijera: «No, esto así no lo puedo asegurar; hay que cambiar la propuesta», volveríamos a períodos incluso anteriores al Código de Comercio, pues estaríamos hablando poco menos que de la máquina de escribir y de un contrato que no cumpliría con lo que se busca, que es la automaticidad, la

celeridad, el apuro. Hoy todo el mundo compra algo y ya quiere el seguro. Todos sabemos que vamos a la automotora y salimos con el seguro. Entonces, eso requiere respuestas rápidas.

Esto es lo que se busca –como dije, ya está en todos los modelos–: «Señor, está bien; esta fue su propuesta. Cuando hay patologías, esta es la cobertura que yo le extiendo y le destaco cuál es la diferencia». ¡Ahora no existe eso de poner destacados en el Código de Comercio! Existía la máquina de escribir; solo se podía subrayar. Ahora, con esta norma, usted lo tiene que destacar. «Esta aceptación se presume», es decir, se presume que aceptó con las modificaciones siempre y cuando en el frente de la póliza se le advierta. Quiere decir que si hubiera una empresa de seguros que no advirtió eso, no se presume la aceptación con las modificaciones. Entonces, lejos de no proteger al asegurado, le está diciendo: «Para que esto funcione, usted va a tener la certeza de que alguien con marquesina» –disculpen la teatralización– «le diga: la póliza dice otra cosa que lo que usted propuso» o «hay una parte de la cobertura que no se le está aportando». Se le advierte; entonces, el asegurado va a estar tranquilo y, además, dice en el frente de la póliza. Es decir, no puede estar en la página decimoquinta; no, no, en el frente de póliza se tiene que decir: «Este seguro cubre esto, esto, esto; no le cubre esto otro, pero tiene un plazo de treinta días». O sea que ya se le está avisando en el frente de póliza. Es totalmente protector del asegurado, cosa que no existe ahora, cuando todos hablamos de la letra chica del contrato. A veces –tenemos que admitirlo– hay algunas pólizas que es necesario leer con una lupa. Pero, justamente, es de lo que trata este proyecto de ley.

Incluso, todas las empresas de seguros van a tener que cambiar los formatos de los textos de sus computadoras, pues ya no van a servir los formatos pequeñitos, escritos en arial 11; ¡no!, tendrán que utilizar formatos que se lean, que se destaquen, que estén subrayados, que estén con color, como sea, pero que el asegurado lo vea patente cuando mire la póliza y pueda decir: «Uf, ¿qué pasó acá? Esto no me lo cubre y yo quería que estuviera cubierto». Ahí consultará al asesor asegurador y la dirá: «Mirá, esto no me lo cubre» o irá a la empresa de seguros que corresponda, donde también le van a explicar y ciertamente le dirán cuál es la razón.

SEÑOR BORDABERRY.- Está entendido lo de la emisión de la póliza, pero el artículo dice que, antes de dicha emisión, «El contrato de seguro se perfecciona mediante el mero consentimiento de las partes». ¿Cómo se manifiesta ese consentimiento del asegurador?

Entiendo la necesidad que hay en esto. A quién no le ha pasado que quiere salir de la automotora con el auto asegurado. Lo primero que se dice es: «Antes de retirarlo, asegúralo». Llama la atención que, aun cuando no tenga la póliza, el corredor de seguros le dice: «Quédate tranquilo, está asegurado». Ahora bien, lo que sucede es que está asegurado en condiciones que no son definitivas, porque puede modificarlo. Entonces, ¿cómo se manifiesta el consentimiento? Imagínese que salgo de la automotora tranquilo porque me dicen que ya está asegurado, que mandaron la propuesta y que dijeron que sí, pero choco en la esquina. Todavía no emitieron la póliza y no pagué nada, pero estoy asegurado. ¿Cómo se manifiesta el consentimiento del asegurador en ese caso? El asegurador puede decir: «Ah no, pero ¿sabe qué? El seguro no cubría los días de lluvia, pero estaba lloviendo y acá en la póliza voy a poner que los días de lluvia no están cubiertos». ¿Cómo se manifiesta eso?

SEÑOR APOTHELOZ.- Está bien el planteo. Se dice que en la propuesta tienen que ponerse claramente todas las condiciones. Es decir, si bien la propuesta es del asegurado, los formularios son hechos por las empresas de seguros y ya en la propuesta destacan qué significa daño propio, inundación, rayo, granizo. Entonces, cuando uno firma la propuesta para el seguro ya sabe que contrató un paquete de riesgos básico. Por ejemplo, si el seguro no cubre el daño propio, al salir de la automotora la persona ya lo sabe. Lamentablemente, hay mucha gente que solo tiene cobertura RC, pero ya sabe que lo que le pidió al asegurador no fue un seguro completo y que no va a tener cierta cobertura. En el caso de los seguros completos, si al salir de la automotora chocha, va a estar cubierto y la propuesta ya indica en qué está cubierto.

La preocupación del señor senador también se podría dar hoy, porque el contrato de seguros es solemne, quiere decir que, desde el punto de vista estrictamente jurídico, nace con la emisión de la póliza. Cuando usted va a la automotora, lo que hace es llenar un papel con todos los datos –número de chasis y de motor, etcétera–, se lo sellan y le dicen que se puede ir tranquilo porque está asegurado –y es verdad–, aunque en ese momento la póliza no esté emitida; luego la emiten con la fecha en que se compró el auto. Se puede decir que se la antedatan, lo que es viable y válido porque el consentimiento ya nació.

Por tanto, en la práctica, de acuerdo con el Código de Comercio, todos salimos de las automotoras con cobertura, aunque la póliza no haya sido emitida. Se debe recordar que esa

información pasa a un centro de cómputos, sale una póliza digital que tiene que ser firmada por el gerente o el director que corresponda y luego se la envían por correo. Generalmente, uno recibe la póliza un mes después de haber firmado el seguro, pero –y lo reitero– si al salir de la automotora tiene un siniestro, está cubierto. Esa es la práctica aseguradora del mercado. La póliza no está emitida, pero igual queda pronta la cobertura con la recepción de la propuesta.

Reitero que esto es lo que pasa ahora. Hace poco compré un Nissan y todavía no me llegó la póliza, pero sé que estoy asegurado.

SEÑOR BORDABERRY.- Creo que el artículo en cualquiera de sus dos versiones genera dudas. El inciso cuarto del artículo 3.º dice: «El asegurador» –o sea, la empresa– «deberá informar en forma clara y precisa sobre todas las previsiones contenidas en la propuesta de contratar y en las condiciones generales, particulares o especiales en su caso, a que refiere el artículo 25 de la presente ley». En ningún lado dice que la propuesta sale del asegurado. Y continúa: «Este deber de informar podrá ser cumplido por un medio electrónico que permita comprobar su recepción o acceso del asegurado, lo cual será constatado en la forma que determine la reglamentación». Si bien no dice que la propuesta sale del asegurador, tampoco dice que sale del asegurado.

SEÑOR APOTHELOZ.- Son principios generales. Vuelvo a decir que en este tipo de contratos masivos, la propuesta que termina firmando el asegurado está redactada casi toda por el asegurador. Se trata de contratos de adhesión, como los contratos aéreos; es decir que están predeterminados y prerredactados. La propuesta, que es uno de los documentos esenciales, generalmente se redacta, imprime y testea, y se le explica al asegurado todas y cada una de las condiciones particulares y especiales a que estará sometida la cobertura. Eso es así; está redactado e impreso, y el asegurado se apropia del documento cuando lo firma. Legalmente, se trata de la propuesta que se le hace al asegurado, en los términos y condiciones que el asegurador ha establecido cuando le entrega la propuesta. En ese momento, al asegurado que va a contratar en ciertos términos se le dice qué es lo que se le puede dar en materia de cobertura de seguro y se le explica cada una de las cláusulas especiales y generales. Entonces, al firmar, la persona lo hace a conciencia, sabiendo que el asegurador le explicó las condiciones, los términos y los alcances del contrato. Por eso, es bueno que se haga en la etapa precontractual, en la propuesta del contrato, para que el asegurado, cuando firme, lo haga con conocimiento de causa.

SEÑOR BORDABERRY.- A fin de que la secretaría tome nota y para dar más claridad al texto, me gustaría hacer un pequeño agregado. El segundo inciso comienza diciendo: «Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta» y aquí me gustaría agregar la expresión «formulada por el asegurado,». Lo que sigue quedaría igual. De esta forma sabremos que la propuesta parte del asegurado «y se considerará aprobada por el tomador o asegurado si no se reclama dentro de treinta días corridos de haber recibido la póliza».

Así quedaría zanjada la duda que le genera este artículo a un neófito como quien habla en el tema de los seguros.

SEÑOR PRESIDENTE- Si al doctor Apotheloz le parece bien la propuesta, queda hecha la modificación.

SEÑOR APOTHELOZ.- Así es, señor presidente.

(Dialogados).

Obviamente, todos los aportes son válidos. En el informe que hice a nombre del Banco de Seguros del Estado dije que este proyecto de ley es muy bueno, pero como toda obra humana es perfectible.

SEÑOR PRESIDENTE.- Recuerdo que cuando hablamos del artículo 1.º vimos que había propuestas de Audea, del Banco de Seguros del Estado y de la Universidad de Montevideo. A su vez, el doctor Apotheloz había manifestado que consideraba técnicamente correctas las afirmaciones de la señora senadora Eguiluz en ese momento, pero que prefería dejarlas para la reglamentación. Es decir que pasaba a ser materia del Poder Ejecutivo.

SEÑOR APOTHELOZ.- En aquel momento mencioné que ese texto me parece un «articulazo» –por decirlo de una manera gráfica– porque declara de orden público la ley, dice qué es lo que va a regular y

agrega «sin perjuicio de la aplicación de las leyes especiales que rijan seguros específicos, así como de las disposiciones de la Ley N° 17.250 toda vez que el contrato implique una relación de consumo». Y por si esto fuera poco, también señala: «Sin perjuicio de la naturaleza de esta Ley,» –que es de orden público y, por lo tanto, no admite pacto en contrario– «serán válidas las cláusulas contractuales más beneficiosas para el asegurado».

Reitero: es una ley de orden público, lo que ya es bueno porque el usuario sabe que nadie la va a poder manejar a su arbitrio; tiene en cuenta la relación de consumo, que se integra con todas las normas protectivas y, además, si existieran cláusulas más beneficiosas para el asegurado, por supuesto que serían válidas. Es el único momento en que se puede admitir que haya una estipulación que difiera del contenido de la ley.

Realmente, no todos los modelos de ley tienen estos elementos, por eso pienso que se cerró un buen círculo. Insisto en que el artículo 1.º deja muy claro hacia dónde está orientado este proyecto de ley y –como dije al principio– es a favor del asegurado, del usuario. Es algo que aplaudimos todos, inclusive el mercado de seguros, porque vivimos del usuario.

SEÑOR PRESIDENTE- También cabe destacar que Audea y el Banco de Seguros del Estado le hicieron un agregado al proyecto de ley del Poder Ejecutivo. Al final del mencionado artículo 1.º y después de donde dice «toda vez que el contrato implique una relación de consumo» iría una coma y el siguiente texto: «en lo no previsto expresamente en la presente Ley».

SEÑOR APOTHELOZ.- Ese agregado –«en lo no previsto expresamente en la presente Ley»– se hizo pensando qué pasa si hay una previsión de la Ley de Relaciones de Consumo y una de esta ley que, eventualmente, puedan ser antagónicas. Como se trata de una ley especial, que también es de orden público, decimos que si hubiere una norma de relación de consumo y una de esta ley de seguros que eventualmente fueran antagónicas, primaría la ley especial, que es la protectiva del asegurado.

Incluso, lo hablamos con el Poder Ejecutivo y vimos –tal como decíamos en las primeras sesiones– que lo mejor que puede tener una ley es que no presente dificultades interpretativas, porque después la toman los jueces, los abogados, etcétera. Entonces, lo mejor es que la ley –dentro de lo posible; nada es perfecto en el mundo– trate de evitar la divergencia interpretativa. Justamente, se agregó «en lo no previsto expresamente en la presente Ley», de manera que si en la presente ley algo está previsto expresamente, rige lo que ella establece, pero si no lo está, rige la Ley de Relaciones de Consumo. Es para aquellos casos que no estuvieran previstos o pudiera haber algo antagónico, aunque es muy difícil porque es una ley que se hizo muy en paralelo con la Ley de Relaciones de Consumo.

SEÑOR PRESIDENTE.- En consideración el artículo 7.º, para el que tenemos modificaciones propuestas por Aproase.

SEÑOR APOTHELOZ.- Reitero que lo único que hago aquí es dar una explicación académica y no pretendo hacer otra cosa, pero hay un error en el tema porque, al socaire de querer beneficiar al usuario, lo perjudican. Dice que la «La confesión del asegurador hará por sí sola plena prueba… ». Creo que no hay en el mundo una sola ley que no lo diga. Si el asegurador dice que lo aseguró, ya no se discute más el principio de prueba por escrito, los testigos, etcétera; ya lo dijo el asegurador. Con esto quiero decir –con todo respeto por Aprobase– que con la sana intención de proteger el usuario, al sacar lo que ellos pretenden, lo perjudicamos. Sería al revés.

SEÑOR BORDABERRY.- Coincido con eso. El único fundamento para sacarlo es que la confesión está incluida en cualquier otro medio probatorio admitido por la legislación nacional.

SEÑOR APOTHELOZ.- Pero es un agregado.

SEÑOR BORDABERRY.- En realidad, está reafirmando eso.

También dice «que podrá complementarse con cualquier otro medio probatorio admitido por la legislación nacional». Creo que «podrá complementarse» sería la duda. Expresa: «La prueba del contrato de seguro requiere principio de prueba por escrito», pero si no hay prueba por escrito, no se puede complementar por cualquier otro medio probatorio admitido por la legislación nacional.

SEÑOR APOTHELOZ.- Está la confesión.

SEÑOR BORDABERRY.- Está bien. Pero, ¿la confesión es lo único?

SEÑOR APOTHELOZ.- Lo que expresa el artículo 7.º es un principio general. Refiere a un contrato verbal consensual para probarlo. Estamos hablando de prueba y se requiere un principio de prueba por escrito, que es una simple carta, un correo electrónico, una propaganda en Facebook. Una mínima mención a la existencia del contrato ya es suficiente. Lo bueno de esto es el agregado: la confesión.

SEÑOR PRESIDENTE.- En consideración el artículo 9.º a efectos de intercambiar las modificaciones remitidas por Aproase.

SEÑOR APOTHELOZ.- Acá pasa lo mismo. Esta pluralidad de seguros está en el Código de Comercio, en todas las leyes. El comentario que hicieron no condice con el planteo. Hacen algunas modificaciones, pero no sabemos cuál es la razón. Dice así: «Si el tomador o asegurado contrata uno o más seguros simultáneamente, sobre los mismos riesgos, con idénticas vigencias, con más de un asegurador deberá informarlo a cada uno de los aseguradores al momento de su contratación, con indicación del asegurador y de la suma asegurada». Las palabras que se modifican no se justifican porque el sentido es más o menos el mismo; solo que no tiene por qué ser «simultáneamente». Es decir, esta norma trata de preservar el principio indemnizatorio. Salvo el seguro de vida, con el que se puede asegurar el capital que uno quiera, el seguro tiene como principio la indemnización, no puedo generar provecho o enriquecimiento, si no, entraríamos en un juego de apuestas.

Entonces, cuando se contratan varios seguros sobre un mismo riesgo, que no tienen que ser a la vez, con vigencias que pueden ser total o parcialmente coincidentes, si no se informa, se puede llegar a hipótesis de fraude o, aunque no haya intento de fraude, de enriquecimiento, pues el beneficiario podría recibir doble indemnización o más de lo debido porque tiene varias coberturas con distintas empresas. Donde puede haber una confusión es con el coseguro, que es otra cosa. Puede haber una empresa líder que, por el principio de dispersión de los riesgos, puede haber un riesgo que no es asegurable. En ese caso, varias empresas aseguran una porción de un riesgo: una el 60%, otra el 30 % y otra el 10 %. Esos seguros que se complementan provocan el efecto indemnizatorio en caso de siniestro. Acá no hablamos del coseguro, sino del contrato de varios seguros sobre un mismo riesgo y con vigencia análoga, y justamente se trata de que se lo debe informar para evitar la doble indemnización o la indemnización suplementaria. Esa es la ratio, por eso se expresa que, en caso contrario, si no avisa, los aseguradores no informados quedarán exonerados de la obligación de indemnizar sin devolución de premio. Obviamente, es una consecuencia de no haber informado.

En definitiva, esto forma parte de las reglas del negocio del seguro.

SEÑOR BORDABERRY.- Se entiende que el negocio del seguro, salvo el de personas –como se expresa en la parte final del artículo–, no es un negocio para lucrar, sino para resarcirse de los daños sufridos. Es decir, el hecho de que alguien asegure su vehículo en tres compañías distintas, luego lo choque y le paguen tres veces la reparación, no es el objetivo del contrato del seguro. Eso está claro. Quizás, el motivo de tener tres o más empresas aseguradoras es que se duda de la capacidad de alguna de ellas para responder a los daños, por ejemplo, de un negocio muy grande. Supongo que eso es lo que se está planteando.

Eso es entendible y compartible. No se va a lucrar con el resarcimiento de un daño, sino que lo que se busca es resarcir el daño. Obviamente, en el caso de muerte, sí se busca asegurar a los beneficiarios determinado dinero que se estima vale el hecho.

La única duda tiene que ver con la posibilidad de cargarle al asegurado más obligaciones. Diría que me rechina un poco, no en cuanto a quien contrata en el mismo momento el seguro, pero puede darse el caso de una persona que, faltando un mes, decide contratar otro seguro y resulta que se establece la carga de informar a la empresa anterior porque hay un mes en el que coincide que tendría dos seguros.

Un sistema ideal, a mi juicio, sería que hubiera un centro donde se inscribieran todos los contratos de seguros, pero es imposible esa burocracia ni la quiero. Pero acá se cambia ese concepto por el deber de informar. Ahora bien, deber de informar, ¿cuándo? ¿Se aplicaría cuando es coincidente en todo o en parte o cuando es coincidente en todo?

Entiendo que Aproase quiere ir por ese lado.

Resulta que porque no informé que en un determinado lapso que estaba asegurado con el otro queda exonerado. Por lo menos habría que limitarlo al plazo coincidente porque después las compañías están cubiertas en tanto se establece, más adelante, como en el caso de pluralidad de seguros porque concurren a prorrata cada una de ellas. No sé si me expresé bien.

SEÑOR APOTHELOZ.- Esto ya existe en el Código de Comercio. Creo que no debe haber un formulario de suscripción de propuesta de seguro en el que no se pregunte: «¿Tiene algún otro seguro similar o análogo? Indique por favor fecha». Forma parte de algo que es esencial, como evitar fraude, doble indemnización, etcétera. Justamente lo que el señor senador plantea lo dice el proyecto del Poder Ejecutivo: «Si el tomador contrata un seguro sobre los mismos riesgos con más de un asegurador, con vigencia coincidente en todo o en parte». En «todo», es de cajón pero, ¿qué quiere decir «en parte»? En la parte donde coinciden si cobrara de los dos tendría un enriquecimiento. Ahora si hay una parte, un plus que no lo cubría el anterior, la persona tiene un solo seguro. El tema es que sea en todo o en parte para que no haya posibilidad de distinguir y que no se caiga en la letra chica. Lo único que se le pide al asegurado –que creo que todos lo sabemos, porque si voy a asegurar mi vehículo sé si tengo un seguro en otra empresa o si voy a contratar un seguro de vida, o de incendio– simplemente es una nota de declaración, que existe en todo el derecho comparado. Recuerden la *ubérrima bona fides*, y aquí volvemos a la relación *sancta* entre asegurado y asegurador, donde lo único que se le pide es que dé todos los detalles de aquellas cosas que traslada y va a pedir que se le asegure. No es ninguna información difícil o que, capaz, requiera de conocimientos técnicos que no tenga para hacerlo. Simplemente se trata de preguntar si tiene otro seguro sobre el auto que coincida en todo o en parte. Obviamente estamos hablando del mismo auto, si la persona tiene dos autos, no. Esto es sobre el mismo riesgo. Entonces, esto es de esencia está en todo el derecho comparado y no es una carga para el asegurado, porque el único que sabe si tiene un seguro es el dueño del bien, es decir, el asegurado. No existe un registro de intercambio de información para obtener datos, porque sería imposible. Se trata, simplemente, de que el asegurado nos diga si tiene un seguro sobre el bien.

Si observan los formularios –que muchos se ven por Internet– podrán constatar que esa pregunta es de cajón; así como se le pregunta domicilio, dirección de correo electrónico y también se le pregunta si tiene un seguro. Busca que el mercado sea transparente y evitar que esto termine siendo un fraude, un juego o una apuesta, es decir, tratar de buscar doble indemnización. Esto nos ha pasado con el SOA. Como sabrán, en casos de choques múltiples, se puede cobrar el SOA contra todos los vehículos y, aunque parezca mentira, de casualidad hemos detectado que algunas personas habían cobrado el SOA, reclamado contra un vehículo y después en otra empresa de seguros contra el otro. El fraude del seguro lamentablemente es un instituto muy diseminado y desde que existe el seguro como tal, desde la época de los fenicios, es indemnizatorio y siempre existe la obligación de determinar si no hay otro seguro, porque si lo hay, en algunos derechos positivos se determina que el segundo es nulo, o si no, pagan en proporción. La solución puede ser distinta, pero lo que sí es claro que lo que no puede haber es doble pago. Se paga en proporción o paga uno, pero lo que no se puede es pagar los dos en su totalidad. Entonces, ese es un tema.

En el análisis vi que muchas de las cosas acá las confundieron con el coseguro que es otro tema. Ese sí es válido y se maneja mucho. Como ya he dicho, hay seguros que, por el tema de la dispersión, las empresas de seguros no quieren afrontar solas; este no es un tema de reaseguro porque uno podría asegurar y reasegurar. A veces las empresas no tienen reaseguros para colocar –o no es conveniente– y, entonces, se juntan, se asocian y cada una asegura una porción del riesgo. El coaseguro es un instituto tan antiguo como el seguro mismo.

SEÑOR BORDABERRY.- El único tema es que aquí no estamos estableciendo que el segundo contrato es nulo sino que, directamente, lo son los dos contratos. En caso de que no se informe, los dos contratos quedan exonerados de la obligación de indemnizar, lo que casi implica que son nulos; es así.

De todas formas y más allá de eso, lo que me parece bueno aclarar –en esto coincido con el texto– es que, en realidad, hay que informar al momento de la contratación. Entonces, si el asegurado contrata con una empresa –y es su primer seguro– no tiene nada que informar, pero si al tiempo contrata con una segunda empresa aseguradora, le debe informar a esta y no a la primera empresa porque aquí se habla del momento de contratar. En realidad, a la primera empresa, repito, no le tiene que informar sino que debe hacerlo a la segunda.

Aquí dice: «Si el tomador contrata un seguro sobre los mismos riesgos con más de un asegurador, con vigencia coincidente en todo o en parte, deberá informarlo a cada uno de ellos al momento de su contratación». Aquí dice: «con más de un asegurador» y «al momento de su contratación». Como estamos hablando del momento de su contratación, el primero ya está contratado, ¿no es así? Entonces, me parece que a la primera no habría que informarle nada o, por el contrario ¿hay que informar a las dos empresas al momento de la contratación de los seguros siguientes?

Esta es una norma muy dura en cuanto a la sanción porque no se indemniza ni se devuelven premios. La persona estaría incumpliendo la ley, pero ni siquiera se está diciendo que no puede contratar. En lo personal, empezaría este artículo diciendo: «No se puede contratar» –lo establecería expresamente– «salvo que se informe».

Tengo mis serias dudas en cuanto a la sanción por el incumplimiento de la obligación formal de informar. Es muy grave la sanción: no hay reclamo, no hay indemnización y no hay devolución. Es una sanción gravísima, lo máximo que se puede aplicar, en este sentido, por el no cumplimiento de una obligación formal que, además, ponemos de cargo del asegurado. Eso me hace ruido.

SEÑOR APOTHELOZ.- Este es un tema que, vuelvo a reiterar, hace a la esencia de la relación asegurado–asegurador, estamos hablando de la *ubérrima bona fides* de la extrema y excelsa confianza. El único que sabe la verdad de las cosas es el asegurado; el asegurador recibe información y contrata.

Entonces, se trata de que si voy a hacer un seguro y ya tengo uno, debo informarlo. No considero que esta sea una obligación excesiva porque, además, está en todos los derechos positivos. Es una obligación que le estoy pidiendo a mi asegurado para evitar el fraude, el enriquecimiento, etcétera, me refiero a que él me diga lo que conoce, lo que sabe y que hace a la esencia del seguro. Estoy diciendo: «Señor, usted me tiene que decir si tiene otros seguros» para, justamente, evitar el enriquecimiento.

Recuerden los señores senadores que aquí dice: «En caso de pluralidad de seguros válidos,» –le avisé– «los aseguradores concurrirán al pago de la indemnización en proporción a la suma asegurada y hasta la concurrencia de la indemnización debida». Esto es según lo que declaró la persona. No es que haya un seguro que no funcione; funcionan los dos y, entonces, cada empresa va a pagar en proporción a la cifra asegurada. ¿Por qué? Porque el asegurado cumplió de buena fe con decir qué era lo que sucedía. No sé si me explico. Tiene que estar todo informado porque, de lo contrario, ¿cómo saben que tienen que pagar en proporción? No sé si me explico. Vuelvo a lo mismo. En los formularios le van a preguntar si ya tiene un seguro sobre eso y el asegurado va a tener que decir que sí y cuál es la empresa.

Creo que es una muy buena norma, porque en este caso no se hace como en otros modelos en los que prima el primer seguro y el segundo queda nulo por cubrir el mismo riesgo. No; acá se dice que valen los dos y cada uno aporta en proporción a la suma asegurada. Reitero: en otros modelos vale el primero pero no el segundo.

Estimo que es una solución adecuada en la que se le pide al asegurado una carga elemental, como lo expreso en el informe. Lo único que se le pide al asegurado es que diga lo que no sabe el asegurador. Por eso está el famoso tema de informar y del agravamiento del riesgo. Hay hechos que el asegurador no sabe porque es imposible que lo sepa. Uno hace confianza en el asegurado; el asegurador asegura lo que dice el asegurado. Pero es claro que hay reglas: el asegurado tiene que decir las cosas como son y actuar de buena fe. En este caso lo que se dice es que si se tiene un seguro que coincida en todo o en parte, se declare en el formulario. Ningún asegurado que no haya declarado un seguro existente lo hace porque no sabía que tenía que decirlo sino porque lo omitió. Los formularios de las empresas hoy son muy completos. Nosotros no queremos no indemnizar. Todo asegurado va a estar advertido, como lo dicen los formularios. Allí se pregunta si tiene seguro, cuál es la vigencia, cuál es la empresa, etcétera.

SEÑOR BORDABERRY.- Haría una propuesta intermedia entre el texto sugerido por el Poder Ejecutivo y el remitido por Aproase.

Creo que habría que establecer la obligación del asegurado de declarar, al momento de suscribir el contrato o de perfeccionar el contrato, que tiene otro seguro, y en caso de que no lo haga, sancionarlo con la exoneración de la obligación de indemnizar, sin devolución de premio. Ahora bien:

una vez declarado esto, es la empresa aseguradora quien tiene que comunicar a la otra. No le podemos exigir al asegurado que va a contratar con una empresa que diga que además tiene un seguro con otra empresa. Es la empresa quien tiene que comunicar a la otra que tienen un seguro conjunto sobre determinado riesgo. De esa forma, el asegurado no tendrá, además de su propio contrato, la carga de tener que comunicarle a la otra empresa. Pienso que eso sería lo mejor, porque de esa forma los tres estarían vinculados directamente. En todo caso, esto lo analizaremos cuando venga el texto definitivo.

SEÑOR APOTHELOZ.- Considero que eso sería un poco irrealizable, porque en el fárrago de temas de que tiene que ocuparse la empresa aseguradora, tendría uno más, ya que se le trasladaría la carga de declaración del asegurado, lo que además es un hecho personalísimo. Si el asegurado tiene un seguro en otra empresa tiene que declararlo porque es su carga de declaración. Que la empresa aseguradora asuma la carga de que la declaración la conozcan los otros haría al negocio inviable. El asegurador puede hacer su tarea, pero asumir cargas de otros –según el planteo que se hace– desvirtuaría la esencia del contrato, en el que cada uno tiene sus propias cargas. ¿Se acuerdan de la carga del imperativo del propio interés? El imperativo del propio interés y la consecuencia en el contrato de seguros por tener como característica ser de tracto sucesivo, es que cada uno tiene que cumplir con sus cargas. Por ejemplo, si el asegurador se entera de determinadas cosas, la carga del asegurado disminuye. El problema es que esto es una carga de información que le corresponde a quien está obligado a informar, que es el asegurado. De lo contrario, sería transferir al asegurador una carga que le haría el negocio mucho más pesado. Pensemos en todos los costos sobre la prima, porque hay un componente del seguro que es el costo administrativo; todo lo que yo me genere de costo administrativo lo tengo que poner en la prima y lo tengo que descargar.

SEÑOR BORDABERRY.- Creo que quitando la expresión «a cada uno de ellos» se solucionaría el problema. ¿Cómo sería? La persona contrata un seguro por primera vez, y cuando va a contratar el segundo, con otra empresa, le tiene que decir a esta que ya existe un seguro, y ya está, y no a la primera. ¿Por qué? Porque en el caso de que suceda el siniestro, si le van a reclamar a la segunda, esta va a decir que también hay seguro con otra empresa y que se tendrá que ir en concurrencia. De esta manara van a quedar las dos informadas en ese momento.

No creo que esto sea una cuestión esencial del contrato, pero me parece que muchas veces las grandes empresas, como lógicamente trabajan con el número, le cargan a los usuarios, a los consumidores, una cantidad de obligaciones que son de su interés. Es decir que se trata de una obligación de interés de la gran empresa. Esto se facilitaría con la propuesta del casillero que recién se mencionaba, donde se declara que existe otro seguro sobre esos bienes o sobre ese riesgo, de la empresa tal y tal. Y cuando llega el momento de ejecutar ese seguro, se verá que existe otro, y la propia empresa le dirá a la otra que también tiene que responder con la indemnización.

De esa forma quedarían todos llamados al momento del riesgo, y se solucionaría esta cuestión. Confieso a nuestro invitado que me hace ruido cargar siempre a los ciudadanos con las obligaciones. Esta tendencia no es solo en los seguros. Hoy en día el dueño de una inmobiliaria trabaja para la Impositiva, porque tiene que retener el impuesto; trabaja para la DEA y el Gafi, por la cuestión del lavado de dinero; trabaja para el Banco Central, porque tiene que hacer averiguaciones sobre los antecedentes de los dineros; trabaja para la Intendencia, porque tiene que cobrar impuestos, y de los escribanos no le digo nada. Entonces, esa tendencia de las grandes empresas o del propio Estado de trasladar a los particulares sus necesidades, me parece que tenemos que tratar de minimizarla.

En este caso, yo creo que está bien que lo declare, porque es lo mínimo que puede hacer, y si no, si después se enteran, se queda sin ningún tipo de beneficio. Esa es la sanción, y estoy de acuerdo. Es una modificación mínima que podría aceptarse.

SEÑOR APOTHELOZ.- Creo que debe mantenerse por lo que habíamos hablado de que es una carga de información. Me parece que otra cosa daría lugar a muchas más complicaciones interpretativas en el futuro y generaría más problemas que soluciones. En la lógica del seguro yo tengo que tener esa apertura de información; soy yo el que tengo el conocimiento. El asegurado es el que sabe dónde ha hecho los seguros. Entonces, si yo voy a contratar un seguro con otra empresa con una vigencia coincidente en todo o en parte, sé lo que estoy contratando y sé que tengo otro seguro. Considero que hay que comunicarle a la otra empresa y decirle: contraté un seguro con tal. Porque también puede ocurrir que a la otra empresa pueda no interesarle que eventualmente que haya dos seguros.

En fin, las cargas son personales, del propio interés. Lo que propone el señor senador, con todo respeto, sería algo así como que una carga que es originaria del asegurado se transfiriera al

asegurador, con las consecuencias que podría acarrear, porque el asegurador, por ejemplo, no por omisión, pero sí por error, por el fárrago de trabajo, quizá no le comunique a la otra: «Mirá que me vinieron a hacer un seguro sobre algo que me dicen que vos tenés». Mañana puede haber un problema interpretativo en cuanto a si rigen los dos seguros, ya que una de las empresas puede decir que no fue informada, y que por lo tanto la que tiene que responder es la otra. En realidad, proporcionar la información no es obligación originaria del asegurador, ya que es carga del asegurado.

Si bien es cierto que el ciudadano cada vez tiene más cargas, también es discutible la solución, porque transferir una carga originaria de alguien a otro porque el primero ya tiene muchas, puede determinar que el remedio sea peor que la enfermedad.

SEÑOR BORDABERRY.- Voy a contar una anécdota.

Hace muchos años, asistí a un curso de narrativa dictado por Napoléon Baccino. En la primera clase, nos enseñó a determinar desde qué perspectiva se va a describir una situación. Por ejemplo, si describo esta situación, tengo al frente un distinguido abogado especializado en tema de seguros, una taza de café, un vaso con agua y una cantidad de documentos en la mesa. Esa es mi perspectiva. Si el doctor Apotheloz describe la misma perspectiva dirá que en frente a él tiene dos senadores, tres secretarias y dos taquígrafos con una cantidad de papeles. Las dos perspectivas son válidas. Si, en cambio, la describe quien está al fondo de la sala, dirá que hay un distinguido abogado, senadores, secretarias y taquígrafos. Todas las perspectivas son válidas y correctas. Depende del ángulo desde el que se describan. Digo esto con todo respeto.

Estamos tratando de tener la perspectiva de las empresas aseguradoras y también la de los tomadores para tratar de lograr una ley balanceada en cuanto a los derechos y obligaciones de todos. No se trata de pasar una obligación de los asegurados a los aseguradores, sino de tratar de compartir esas cargas.

Desechemos la propuesta de que la empresa tenga que informar, por los argumentos que el doctor Apotheloz ha manejado, y sustituyámosla por una declaración. Cuando se va a tomar el seguro hay que declarar a la empresa aseguradora si existe otro seguro sobre el mismo riesgo. Creo que con eso es suficiente. No hay que comunicar nada; solo se realiza una declaración. Digo que es suficiente, porque acaecido el siniestro, si el asegurado se presenta ante la empresa a la que le declaró que existía otro riesgo, esa empresa va a decir, por su propio interés, que se le declaró que había otra empresa que también aseguraba ese riesgo. Entonces, por su propio interés, en el momento del reclamo va a llamar a la otra empresa y le dirá que también tiene que participar porque hay pluralidad de seguro sobre ese riesgo. De esa forma, se evitarían comunicaciones, cargas y obligaciones. Es una solución sencilla.

Si bien he entendido las explicaciones del doctor Apotheloz, adelanto que es lo voy a proponer cuando venga el texto definitivo. Ese es mi razonamiento.

SEÑOR APOTHELOZ.- Muy bien.

SEÑOR PRESIDENTE.- Pasamos a considerar el artículo 12.

Antes de continuar, quiero decir que interpreto el artículo 9.º, tal como viene del Poder Ejecutivo, como lo hace el doctor Apotheloz. Quizás lo que pueda llamar un poco la atención –consulto a nuestro invitado al respecto– es qué pasa en el día de hoy cuando se descubre que un cliente de una empresa aseguradora tiene más de un seguro sobre un mismo bien. Me refiero a que quiera cobrar la póliza con una empresa y mañana con la otra, y que se pueda configurar la figura de fraude, como decía nuestro invitado.

SEÑOR APOTHELOZ.- Puede ser un caso de reticencia.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿Cómo es la legislación actual?

¿Queda claro que los aseguradores no informados quedarán exonerados de la obligación de indemnizar sin devolución de premios? ¿Hoy es así?

SEÑOR APOTHELOZ.- Sí.

SEÑOR BORDABERRY.- ¿Dónde está establecido eso?

SEÑOR APOTHELOZ.- En el Código de Comercio.

SEÑOR BORDABERRY.- El artículo 641 expresa: «No se puede, so pena de nulidad del segundo contrato hacer asegurar segunda vez por el mismo tiempo y los mismos riesgos, cosas cuyo entero valor se hubiere ya asegurado, salvo los casos previstos en este Código (artículos 659 y 665). (*)

No comprendiendo el primer seguro el valor íntegro de la cosa, o si se hubiese verificado con excepción de alguno o algunos riesgos, subsistirá el seguro en la parte o en los riesgos no incluidos».

SEÑOR APOTHELOZ.- Lo que decía: el segundo es nulo.

SEÑOR BORDABERRY.- Íntegramente nulo no.

SEÑOR APOTHELOZ.- Si fuera coincidente en todo sí, pero si hay una parte en descubierto, el segundo seguro cubre esa parte.

SEÑOR BORDABERRY.- El artículo 665 expresa: «Es lícito asegurar de nuevo una cosa ya asegurada por su valor íntegro en todo o en parte, bajo condición expresa de que no podrá hacer valer sus derechos contra los aseguradores, sino en cuanto no pueda indemnizarse del primer seguro.

En caso de semejante convención, los contratos procedentes deben ser claramente descriptos, so pena de nulidad, y será aplicable la disposición del artículo 663».

En ningún lado dice –por lo menos no lo encuentro– que sea obligación del asegurado notificar, pero lo estoy leyendo por primera vez y estoy seguro que nuestro invitado lo domina más que yo.

Me parece que lo que estamos discutiendo no es sobre si es nulo o no. Acá estamos expresando que no es nulo si se informa. Es decir, estamos siendo más benevolentes. O sea, si se informa, es válido, pero se concurre proporcionalmente. Aquí se dice que no es válido salvo por la parte que exceda. Lo que sí estamos haciendo acá es poniendo de carga del asegurado la obligación de declarar la existencia del otro seguro y la sanción si es que no se hace. Ahora bien, esa obligación de parte del asegurado no la encuentro; me parece que no está en el código que deba ser declarado.

SEÑOR APOTHELOZ.- Es el otro modelo –que mencioné antes–, que es más antiguo. El segundo contrato es nulo, salvo que hubiera una porción de cobertura.

Justamente, como el modelo es que todos van a concurrir –en la proporción, si son válidos–, el asegurador tiene que avisar, porque es la única manera de que pueda funcionar este modelo. ¿Me explico?

En el otro es peor, porque el contrato era nulo y el artículo –cuyo número no recuerdo en este momento– establece que por falsa declaración o reticencia el seguro es nulo y el asegurador se queda con el premio. Acá no, usted avisa y cada uno va y paga en proporción al valor de la cosa.

SEÑOR BORDABERRY.- Creo que podemos dar por suficientemente debatido este tema.

SEÑOR PRESIDENTE.- Sí.

Pasamos al artículo 12, (Cambio de titularidad).

En las anotaciones que nos ha entregado la secretaría, se puede ver que la señora senadora Eguiluz entiende las explicaciones del doctor Apotheloz y dice que las va a estudiar. El doctor Apotheloz manifestó que jurídicamente no tiene observaciones a las sugerencias del Departamento Comercial y Bancario de la Universidad Católica del Uruguay, pero que hasta tanto no haya declaratoria de herederos o certificado notarial, el causahabiente no está obligado a presentarse ante la aseguradora. Dice que puede generar inconvenientes, pues en la práctica es importante que la

aseguradora conozca el hecho con anterioridad, más allá de que luego se complete la información. Cree que es mejor la redacción del Poder Ejecutivo pues no genera problemas. Esto lo decía el 16 de mayo de este año en el acta n.º 3.

Luego, en el acta n.º 6, del 24 de octubre, reitera que considera más adecuado el texto del Poder Ejecutivo.

Acá también tenemos modificaciones de Aproase.

SEÑOR APOTHELOZ.- Justamente, este artículo responde a un elemento que es esencial del contrato de seguro, que es el interés asegurable. Es decir, en los contratos debe haber causa, objeto lícito, en fin, todos los elementos del contrato. En el contrato de seguros, ¿por qué es de esencia el interés asegurable? Porque es lo que marca la diferencia entre el seguro y el juego y la apuesta. Si yo no tengo interés asegurable –interés asegurable es una relación económica del asegurable con el objeto del seguro, ¿me explico?– y aseguro algo, mi contrato podría significar una ganancia, un lucro, estaría jugando a la apuesta. Es como que yo quisiera asegurar por incendio el Palacio Legislativo. Yo no tengo interés asegurable sobre él, no tengo una relación de propiedad, una relación económico-jurídica que justifique que pueda hacerlo.

Entonces, esto es lo que sucede cuando se dice en el artículo 12 «Cambio de titularidad». Justamente, cuando hay un cambio de titular del interés asegurable, se dice: «El cambio de titular del interés asegurado debe ser notificado por el tomador al asegurador en el plazo de 10 días corridos. La falta de notificación en plazo liberará al asegurador de su obligación de indemnizar, salvo causa extraña no imputable al tomador». ¿Por qué esto es importante? Por eso, porque si cambia el interés asegurable, el seguro puede ser nulo por faltar ese elemento esencial. De lo contrario, se transformaría en un juego de una apuesta, pues estoy asegurando algo de lo que no voy a tener una pérdida. Volvemos al tema indemnizatorio; como no está en mi patrimonio, no voy a tener pérdida. Si me indemnizan, estoy obteniendo una ganancia. Por eso se dice que es una de las diferencias con el juego y la apuesta.

Este es el principio general: el cambio de interés asegurable hay que informarlo al asegurador. El asegurado puede continuar con el nuevo titular o entender que, por ejemplo, a esa persona no le interesa como asegurado, en fin, y entonces rescinde el contrato, pero tiene que ser notificado. Por eso es que esto es fundamental.

Ahora bien, cuando habla de la trasmisión hereditaria, refiere a los causahabientes y dice: «dispondrán de un plazo de 60 días corridos para notificar la misma al asegurador;», y el proyecto de ley señala algo que es claro: «salvo imposibilidad derivada del desconocimiento de la existencia de la póliza, debidamente probado por quien lo alega». Muchas veces sucede –lo hablamos en su momento en los seguros de vida, si bien no tiene referencia con esto, pero puede servir de ejemplo– que puedo no saber que mi causante tenía un seguro. Entonces, no voy a estar notificando a una empresa aseguradora, cuyo riesgo desconozco que existe, ¿me explico? Se plantea un plazo para la notificación porque, justamente, en la sucesión hereditaria hay un cambio del interés asegurable y al asegurador puede serle necesario conocerlo para ver si continúa el contrato o no, o si se continúa en otras condiciones. Esa es la interpretación. Este artículo preserva al consumidor porque agrega un principio general de derecho que aunque no estuviera, igual aplicaría y es que si no notifico en plazo y tengo una causa extraña no imputable –un principio exoneratorio de responsabilidad–, nadie me podría cargar con el hecho de que incumplí. Ese es un elemento para preservar al consumidor: si no notifiqué, pero hay una justa causa, el incumplimiento de la carga no se aplica.

Con respecto a la trasmisión hereditaria, nuevamente hay una cláusula para preservar al consumidor cuando se dice: «salvo imposibilidad derivada del desconocimiento de la existencia de la póliza, debidamente probado por quien lo alega». Son dos cláusulas esenciales porque hacen al interés asegurable y en ambos párrafos se plantean determinadas válvulas de salvaguarda para el asegurado, el usuario, el consumidor.

Nos parecen excesivos los 30 días establecidos en el proyecto de ley de Aproase, teniendo en cuenta la automaticidad y la funcionalidad. En vez de 10 días, se ponen 30 lo que nos parece un plazo excesivo. El interés asegurable es un elemento esencial del contrato, entonces, no se explica el motivo de triplicar el plazo de notificación al asegurador. Se puede aducir que este podría no saberlo, pero eso está salvado cuando se dice: «salvo causa extraña no imputable al tomador».

Además, en el proyecto de Aproase se saca una frase final. En el segundo inciso del artículo 12 del proyecto de ley del Poder Ejecutivo se dice: «salvo imposibilidad derivada del desconocimiento de la existencia de la póliza, debidamente probado por quien lo alega». Al sacar esa frase final se desvirtúa el principio general del derecho que establece que quien alega una circunstancia excepcional debe acreditarla. Ese es el cuestionamiento que le hace Aproase al tema; me refiero a cómo probar que no lo sabía. Entiendo que de alguna manera se puede probar. La idea es que la expresión: «salvo imposibilidad derivada del desconocimiento de la existencia de la póliza, debidamente probado por quien lo alega» significa que la persona que no cumplió con informar en el plazo, va a ir a la empresa aseguradora y dirá, por ejemplo, que no sabía que existía una póliza y lo probará manifestando la situación que se produjo. Considero que el cuestionamiento que hace Aproase es más bien formal, porque el principio general establece que cuando invoco una circunstancia exoneratoria de responsabilidad, debo probarla. Esa circunstancia, ese desconocimiento que se invoca para no haber cumplido en el plazo de 60 días con dar la información al asegurador sobre la trasmisión hereditaria, se debe probar.

SEÑOR BORDABERRY.- Creo que las diferencias de fondo en este artículo no existen y que fundamentalmente son formales.

La primera es la que señalaba el doctor Apotheloz sobre los 30 días, en lugar de 10. Si uno se imagina un cambio de titular consensuado entre dos personas, parecería lógico un plazo de 10 días. A veces sucede que se trata de empresas, fondos de negocios o establecimientos comerciales donde hay un fárrago de cosas muy complejas y existen bienes asegurados. Ahí es donde quizás, dentro de ese fárrago de operaciones complejas, diez días parecen ser poco tiempo. Tal vez, en la relación entre personas físicas esto no sea así, pero entre personas jurídicas, donde hay que hacer inventarios, hay bienes, etcétera, diez días parecen muy poco tiempo. Esa es mi impresión, mi experiencia de trabajo.

Con respecto al segundo párrafo, que es el de la prueba, me viene a la mente el caso de los hechos nuevos posteriores a la prueba, en el viejo Código Procesal Civil, debido a lo difícil que es probar que se tuvo conocimiento de algo. Recuerdo que se llevaban testigos para decir que se había revisado un documento o que había aparecido una persona y había surgido un documento nuevo, en base a lo cual se agregaba. En este caso es muy difícil probar que se desconocía porque se trata de probar algo negativo.

Desde la perspectiva de quien va a alegar, tengo que probar que no conocía algo. ¿Cómo lo pruebo? Puedo probar sin problemas que lo conocía, pero no que lo desconocía. Tendría que probar el momento en que lo conocí como un hecho nuevo que se alega en un proceso.

En ambos casos me parece que falta el momento desde el cual se está obligado a hacer la comunicación. Allí se dice que «dispondrán de un plazo de 60 días corridos», pero ¿desde cuándo? ¿Desde la muerte del causahabiente? ¿Desde el momento en que tuvieron conocimiento de la póliza?

Tal vez si se establece el momento a partir del cual corre el plazo solucionaríamos ambos problemas. Por ejemplo, podría decirse que tienen sesenta días a partir del momento en que tuvieron conocimiento de la existencia de la póliza. Recordemos que al impedido por justa causa no le corre plazo, ese es un principio general del derecho.

Pensemos en una situación en la que, por ejemplo, fallece una persona reservada y resulta que tenía un seguro, pero ya pasó un año. Esto va a tener un principio de solución con el registro en el Banco Central –o en otro lugar– que se crearía en este proyecto de ley. Volviendo al ejemplo, supongamos que los causahabientes no sabían que la persona tenía un seguro, por eso me parece que sería necesario ajustar un poco el texto.

En otro orden de cosas, ahora se pone de cargo del asegurador la obligación de comunicar fehacientemente. Creo que va de suyo y es algo que no cambia nada porque «En caso de existir notificación, el asegurador podrá rescindir el contrato en el plazo de 20 días corridos o transferirlo al nuevo titular», así que es algo que hay que comunicar. Lógicamente, si se está poniendo final a un contrato, se deberá comunicar.

Estas son las tres impresiones que me llevo de este artículo. En el fondo creo que no se está diciendo que no hay que notificar el cambio de titular; simplemente, en un caso se habla de diez y en otro de treinta días. No se dice que no haya que notificar a la aseguradora en el caso de los causahabientes; solo se establece a partir de qué momento se debe hacer. Estamos de acuerdo en

que es algo que debe comunicarse, así que las diferencias de fondo son algo más formal que otra cosa.

SEÑOR APOTHELOZ.- Probar el desconocimiento de que existía una póliza no es probar un hecho negativo sino una circunstancia. El desconocimiento de un hecho forma parte de los principios generales en la prueba, es decir que tengo elementos para demostrar que no conocía tal circunstancia, salvo cuando se trata de la ley porque la ignorancia de ella no es excusa. Puedo demostrar que lo que me impidió realizar determinado acto es exoneratorio; eso es lo que quiere decir esto. Siempre digo que la ley debe tratar de no generar dificultad interpretativa. El texto de Aproase expresa: «Tratándose de trasmisión hereditaria, los causahabientes dispondrán de un plazo de 60 días corridos para notificar la misma al asegurador, salvo imposibilidad derivada del desconocimiento de la existencia de la póliza». Cuando el asegurado diga que no lo sabía, el asegurador va a pedirle que lo pruebe. Por eso, para evitar las dificultades interpretativas agregan: «debidamente probado por quien lo alega». Es un principio general del derecho que quien invoca una excepción, una circunstancia de exoneración, tiene que probarlo. Por ahí decían que era una prueba diabólica, pero es un error; se puede probar que se desconocía algo. Es más, tengo que hacerlo porque si se le dice al asegurador que no lo conocía –volvemos a la carga de información y la buena fe–, el asegurador no va a hacer un acto de fe y va a pedir que lo pruebe. El proyecto de ley del Poder Ejecutivo lo aclara debidamente; creo que la función de la ley es evitar los problemas interpretativos dentro de lo posible; igual es uno de los principios generales. Creo que el error de Aproase es creer que se tenga que probar un hecho negativo. No; entiendo lo que dice el texto del proyecto de ley: «Usted invoca una circunstancia de excepción, pruébela por todos los medios». Acá no dice que deberá ser probado con una prueba tasada desde el punto de vista legal, por todos los medios de pruebas hábiles admitidas por el derecho.

Insisto: en mi opinión la discusión que plantea Aproase no digo que sea bizantina, pero no aporta porque aunque no estuviera este último agregado, la carga de la prueba de la circunstancia exoneratoria es del asegurado o de los causahabientes y está bueno que el proyecto de ley lo determine. Justamente aclara que queremos que sea una ley trasparente que dé claridad a las partes del contrato, de cómo deben proceder en su ejecución. Repito: está bueno que lo aclare.

SEÑOR PRESIDENTE.- En consideración el artículo 13, Rescisión, con las modificaciones de Aproase.

SEÑOR APOTHELOZ.- Al respecto Aproase hace un comentario que dice que la rescisión del contrato por parte del asegurado debe tener lugar a partir de la comunicación fehaciente que hace el asegurador y no tiene que ser con una antelación de un mes. Concuerda en este aspecto con lo sugerido por el Instituto de Derecho Comercial de la UdelaR y una vez que desaparece el objeto del contrato debe darse lugar a la rescisión del mismo de lo que sería legítimo imponer un plazo para que ella se produzca.

Con el preaviso, se busca proteger al tomador, al asegurado, es decir, que no exista un lapso que se quede sin cobertura. Esa es la idea. Por eso, el artículo dice: «El tomador podrá rescindir el contrato de seguro en cualquier tiempo, sin expresión de causa, siempre que lo comunique fehacientemente al asegurador con una antelación de un mes». El asegurado no tiene por qué explicar por qué rescinde el contrato. El asegurador también debe ajustar sus actividades a un contrato que luego no va a existir más. Pienso que es equitativo en la relación entre las dos partes porque el asegurador también puede rescindir, pero mediando justa causa y con la antelación de un mes. Justamente es del otro lado de la relación.

Cuando se comunica que no va a continuar con la póliza, se le da un mes para que la persona pueda buscar otro seguro, para no quedarse sin cobertura y no quede al descubierto. Entonces, esta disposición, además de que es equitativa, pues expresa que ambas partes pueden rescindir con antelación de un mes, beneficia a las partes en cuanto a las operaciones que implica la rescisión del contrato. Pienso que el hecho de que el asegurador le notifique al asegurado con antelación de un mes, también va en beneficio del asegurado, quien va a disponer de un tiempo para contratar otro seguro.

En ese mes, se daría una especie de ultraactividad del contrato, lo que, en mi opinión, es necesario para ambas partes.

Quisiera hacer un comentario sobre el segundo inciso. Aproase propone una redacción en la que dice que podrá rescindir «por caso fortuito o fuerza mayor». Con los debidos respetos, me parece que están perjudicando al asegurado. Es cierto que la justa causa es un concepto jurídico indeterminado, pero es mucho más amplio que el concepto de caso fortuito o fuerza mayor. Por

ejemplo, no está la causa extraña no imputable que sí está en justa causa, por eso, el texto del Poder Ejecutivo, al hablar de «mediando justa causa» –recordemos que quien va a tener que demostrar que tiene una justa causa que lo motiva es el asegurador–, tendremos que hacer el esfuerzo de demostrar que no estamos rescindiendo antojadizamente. Sin embargo, si se dejara el texto propuesto por Aproase, solamente habría que probar el caso fortuito o fuerza mayor, se estaría limitando, mientras que, si se dispone con justa causa, se puede controlar si el asegurador realmente actuó con justa causa.

En síntesis, considero que el texto del Poder Ejecutivo es mucho mejor, pues beneficia mucho más al usuario.

SEÑOR BORDABERRY.- La pregunta es, entonces, por qué Aproase agrega la expresión: «y/o el asegurado».

Por último, no entiendo por qué se propone dejar sin efecto el último inciso que dispone la aplicación del artículo 99, que regula el seguro de vida.

SEÑOR APOTHELOZ.- Precisamente, en mis anotaciones registré que no se entiende ni explica Aproase por qué eliminan el último inciso, cuando lo lógico es que esa redacción esté inserta en este artículo.

SEÑOR PRESIDENTE.- Corresponde seguir con el artículo 18.

SEÑOR APOTHELOZ.- Respecto a este artículo, uno de los primeros comentarios refiere al concepto de inmediatamente. Este concepto existe en todas las legislaciones del mundo. Como concepto jurídico indeterminado, se rige por el principio de razonabilidad. Si no me equivoco, en otra oportunidad había planteado el siguiente ejemplo: si uno tuviera un siniestro y me lesionara, lo primero que haría sería ir a una clínica o un hospital a atenderme y luego haría la denuncia del siniestro al asegurador pertinente. En ese caso, habría hecho la denuncia inmediata. Es decir, el término inmediatamente refiere al tiempo más reducido posible, porque si entrara en coma no podría denunciar inmediatamente.

Lo que trata de explicar el término inmediatamente en todas las legislaciones del mundo, es que cuando hay un siniestro el asegurador debe tener la posibilidad de analizar y determinar inmediatamente, con sus liquidadores, para poder establecer en qué circunstancias se produjo el siniestro. Por ejemplo, si se pone un plazo y la persona tiene un siniestro y estaba con algún grado de alcohol en sangre y se da un tiempo que no es el inmediato, el asegurado puede tratar de cambiar el escenario del siniestro para, de alguna manera, desvirtuar o intentar que no salga a luz alguna circunstancia que justificara la exclusión del siniestro como podría ser algún incumplimiento.

La inmediatez es esencial para el mercado de seguros y para el asegurador, porque el asegurador –que, como dijimos, asegura de buena fe en esa relación *sancta–,* a la hora del siniestro es necesario que inmediatamente de acaecido –dentro de lo posible– pueda mandar un liquidador que es el momento en donde está fresca la circunstancia del siniestro. Si el asegurador se entera del agravamiento o lo que fuere, tarde eso le quita la espontaneidad que se necesita en la verificación. Todo lo que es inmediato –si bien la denuncia del siniestro no es el agravamiento– es lo que hace a la esencia del seguro. En el artículo 18 se dice que las circunstancias deben ser comunicadas inmediatamente. Lo que se cuestiona es el tema inmediato, porque no estaría en condiciones técnicas el tomador del seguro. Estamos hablando de la información rápida, inmediata, lo más temporánea y espontánea posible de esas circunstancias que generan el agravamiento. Traje varios modelos de leyes entre ellas la española, la mexicana, la argentina, la colombiana y todas dicen lo mismo. El término de denunciar el agravamiento del riesgo de manera inmediata, es de esencia en lo que hace –y lo hablamos la otra vez– al deber de declaración antes, durante y después del contrato de seguro por su propia relación de tracto sucesivo. Pienso que el término «inmediatamente» que le da miedo a Aproase no es tal en la medida en que ínsito en el término está la razonabilidad. Insisto en que varias veces he informado en el banco sobre personas que habiéndose lesionado en un accidente de tránsito fueron a la mutualista o al hospital y después de dos o tres días hicieron la denuncia del siniestro. Me preguntaron si la persona hizo la denuncia del siniestro inmediatamente y sí, la hizo inmediatamente porque ni bien tuvo posibilidad concurrió a hacer la denuncia de siniestro. Con esto quiero decir que con el término «inmediatamente» se trata de que el asegurado prestamente haga conocer al asegurador todas aquellas circunstancias que agravan el riesgo, porque es quien ampara ese riesgo, lo cubre y tiene que conocer todas las circunstancias constitutivas del mismo. Esto tiene que ver con lo que señalamos en otra oportunidad sobre la relación *sancta,* capaz que ese agravamiento, no estaba dentro de los planes del asegurador, ese riesgo no es asegurable y debe tener la posibilidad de

recalcular la prima si hay un agravamiento del riesgo y está dentro de los planes poder asegurarlo o dar por rescindido el contrato por entender que dicho agravamiento no le permite mantener la cobertura otorgada en su momento. Esa es la razón del término.

SEÑOR BORDABERRY.- Quiero hacer dos apreciaciones. Obviamente, como se ha mencionado, si hay un accidente y la persona está diez o veinte días impedida, será después de ese período que se considere el concepto de inmediatez; eso parece sensato. No obstante, un plazo fijo evitaría algunas dificultades. ¿Un día es considerado un plazo inmediato? Creo que sí. ¿Y cinco días? Parece que también. ¿Un mes? No. ¿Diez días es inmediato? ¿Qué es inmediato? Depende de las circunstancias. Estamos dejando la interpretación al banco o, de alguna manera, al juez, me refiero a determinar si es inmediato y, por eso, los plazos son más claros en cuanto a dar certezas.

Por otro lado, me parece que se podría trabajar en determinar qué es agravamiento de riesgo, porque ese también es el meollo del artículo. ¿Tengo que informar, por ejemplo, que al lado de mi casa, que la tengo asegurada, acaba de mudarse una fábrica de dinamita o que mi vecino se dedica a una tarea peligrosa que puede provocar incendios? Si tengo un seguro de vida, ¿debo aclarar que al lado se mudó un rapiñero famoso o que estoy amenazado de muerte? ¿Eso es agravamiento de riesgo para un seguro de vida? ¿Debo comunicar que me voy a dedicar a ser limpiador de los cajeros automáticos ahora, que los están volando con garrafas de gas? ¿Qué es agravamiento de pena? ¿Ir a la cancha de Cerro a ver a un equipo que dio la vuelta olímpica el sábado? ¿Eso es un agravamiento de riesgo? ¿Ir a la cancha de Cerro a recibir un balazo? ¿Cuál es el concepto? Si voy a ir al Tróccoli el fin de semana ¿debo comunicar al encargado de mi póliza de vida que hay una circunstancia que puede ser de agravamiento de riesgo?

¿No debería determinarse algún tipo de criterio –genérico, es imposible la casuística– de lo que se considera agravamiento de riesgo en este artículo?

SEÑOR APOTHELOZ.- Lo taxativo sería imposible. Lo que pasa es que, doctrinariamente, el artículo 640 del Código de Comercio –que es casi igual a uno nuestro– da alguna pauta al respecto. En definitiva, el agravamiento del riesgo está como estructurado en el concepto de que si el asegurador hubiera conocido su existencia no hubiera celebrado el contrato o lo hubiera hecho en otras condiciones.

En el tema del agravamiento del riesgo –entiendo lo que dice el señor senador Bordaberry– es muy difícil precisar conceptos genéricos porque volvemos a que son conceptos jurídicos indeterminados. La válvula y la garantía es que el agravamiento de riesgo que podría generar una exclusión o no cobertura es aquel que, a juicio de peritos, hubiera impedido el contrato o se hubiera tenido que realizar en otras condiciones.

Entonces, insisto en que este es un texto que está en casi todos los ordenamientos jurídicos del mundo. La idea es que el agravamiento del riesgo es un concepto en el que el riesgo que planteó la persona tiene componentes que lo hacen más gravoso que lo que ella declaró. ¿Y cómo sabemos eso? Ni siquiera se trata de un concepto que el asegurador, por sí o ante sí, va a decidir porque la ley lo remite al juicio de peritos y esto genera, justamente, confianza y seguridad. No se trata de cualquier agravamiento; hay que demostrar técnicamente que de haberse conocido esa circunstancia no se hubiera posibilitado la cobertura. Quiere decir que no es cualquier agravamiento. Capaz que es cierto que Peñarol ahora gana y quizás estaría más agravado el riesgo cuando ganamos porque todos estamos contentos y eso podría llevar a que me dé un ataque al corazón y me muera. Antes, cuanto estaba tan acostumbrado a perder no tenía ese riesgo, pero ahora quizás mi corazón no esté para esos choques. Mi médico puede decir que como no estaba acostumbrado a que Peñarol ganara tan seguido me pueden pasar otro tipo de cosas, pero no es un riesgo agravado que lleve a decir que por esta circunstancia hay que subir mi prima o quizás bajarla, no sé.

Reitero, no es cualquier agravamiento sino solo aquellas circunstancias relevantes. Es imposible que las leyes sean taxativas, descriptivas. ¡Ojalá existiera esa ley perfecta! Lo que hace el mercado de seguros y las leyes relativas a este tema es decir «agravamiento pero a juicio de peritos». Un perito, un técnico dirá: esto superaba la media, los cálculos estadísticos que generaron la cobertura y por tanto sí es un agravamiento relevante que justifica que el asegurador no hubiera celebrado el contrato si lo hubiera conocido. Esa es la clave, señor senador, es decir, que exista un tercero imparcial especialista que determine si el agravamiento de riesgo es relevante.

SEÑOR BORDABERRY.- La única definición de agravamiento de riesgo está en el artículo 18. Allí se expresa que son aquellas circunstancias que de haber existido en el momento de la celebración del

contrato, lo hubiera impedido o modificado sus condiciones. ¿Quién sabe cuáles son esas circunstancias? El asegurador, porque es su propio interés. El asegurado puede imaginar que esas circunstancias van a ser consideradas suficientes y tiene que notificarlas. Pero ¿qué pasa si me hago un examen médico, me da bien, contrato un seguro de vida y mañana me dedico a volar con esos aparatos que andan dando vueltas por la rambla? ¿Eso es un agravamiento de riesgo de vida?

SEÑOR APOTHELOZ.- No, señor senador.

SEÑOR BORDABERRY.- ¿Cuáles son esas circunstancias? No digo que haya que detallar y ser taxativo pero, por ejemplo, en el caso de los automóviles, se pueden comunicar malas condiciones mecánicas y de circulación y me pregunto qué pasa si se lo lleva a correr un *rally*. ¿Es un agravamiento? El *rally* que se corre por las sierras lo sería, pero el de los autos clásicos por las 19 capitales, no. ¿Qué tengo que comunicar y qué no? Es algo muy subjetivo. ¿Qué circunstancias de riesgo personal tengo que comunicar? Si mañana me nombran embajador en Siria, ¿es un agravamiento de riesgo? ¿Mi vida corre riesgo? Es más, lo planteamos en su momento cuando nombraron al embajador en Somalia, que es un lugar complicado. También dicen que uno de los lugares más lindos del mundo son las islas Seychelles; pero no vaya porque están los piratas somalíes. De todas formas, si quiero ir a bucear o a pescar a las islas Seychelles –dicen que es una maravilla–, ¿tengo que avisar que voy a agravar el riesgo de vida?

SEÑOR APOTHELOZ.- El agravamiento del riesgo no significa que yo tenga que decir cómo vivo la vida –si voy a la cancha de Cerro, por ejemplo–, porque eso forma parte de la cotidianidad. El agravamiento del riesgo sería, por ejemplo, tener un seguro de un auto que no tiene freno de mano. Estamos hablando del agravamiento del riesgo asegurado, es decir, si mañana voy a 70 kilómetros por hora en una calle en la que tengo que circular a 60, no es que esté agravando el riesgo y tengo que comunicarlo al asegurado, sino que soy desaprensivo; pero para eso está el seguro. Supongamos que fui desaprensivo y choqué, o que iba en mi auto y, al cruzar con luz roja, me chocaron. Cuando voy a hacer el parte de siniestro –no voy a cobrar responsabilidad civil por daño porque yo crucé con roja–, voy contra mi propio seguro y me van a pagar. Nadie le va a decir: «No, no. Usted agravó el riesgo porque cruzó con roja». Ser desaprensivo forma parte de la diligencia media de buen padre de familia, cuando prestamos la culpa leve, porque podemos equivocarnos o errar, pero si en una zona de 60 kilómetros voy a 250 kilómetros, ya superé el límite de lo lógico y el siniestro es sí o sí esperable. Estamos poniendo ejemplos extremos.

Cuando hablamos del agravamiento del riesgo, nos referimos, sobre todo, al agravamiento del riesgo asegurado. La otra vez decía que si tengo una vivienda que aseguro como vivienda familiar, pero mañana instalo allí un *night club* –obviamente va a entrar otro tipo de gente, que se va a dedicar a actividades que son más riesgosas y peligrosas–, el riesgo asegurado cambia porque el destino que le estoy dando es otro: hay alcohol, materiales ígneos, en fin, otro tipo de situaciones. Entonces, el asegurador va a decir que se excedió el riesgo de una vivienda de uso particular y que ahora se trata de un local de eventos festivos, o lo que sea. Lo mismo puede decirse en caso de que en el galpón de la casa se instale una empresita para cargar microgarrafas de gas. Estamos hablado de cuando al riesgo que se traslada al asegurador se le imprimen factores de peligrosidad que llevan a que, si el asegurador los hubiera conocido, o no hubiera realizado el contrato, o lo hubiera hecho en otras condiciones; por ejemplo, no le habría cobrado la tarifa de vivienda familiar sino, seguramente, la de comercio de microgarrafas. Esa es la idea.

Voy a relatar una anécdota de mi esposa, quien vivió mucho tiempo en Argentina; de paso informo lo bueno que es el mercado de seguros uruguayo. Ella dio marcha atrás y chocó a un vehículo, y la empresa de seguros le dijo que no lo cubría porque ella había sido negligente. ¡Pero el seguro está para eso! Si el seguro estuviera para cuando somos diligentes, nunca nos pasaría nada, salvo que nos caiga un árbol encima.

Reitero que cuando hablamos de agravamiento del riesgo no estamos refiriéndonos a lo que uno hace más allá de lo que es la cotidianidad de la vida; el agravamiento del riesgo se da cuando desnaturalizo de tal manera el riesgo que le traslado al asegurador que, previo juicio de perito –porque ni siquiera es un tema subjetivo–, esa circunstancia hubiera implicado que no se contratara el seguro o que se lo hiciera en otras condiciones. Los ejemplos retóricos son del tenor de los que cité: no tener el freno de mano, tener las cubiertas lisas y andar a 140 kilómetros por hora, o no tener los servofrenos porque se rompieron y no los cambié. Es decir, son aspectos que hacen que la constitución del riesgo que cedí al asegurador se modificara de tal forma que se desvirtuó el que este visualizó cuando me cobró la prima. Por ejemplo, al asegurado, de acuerdo a los planes que tiene, un coche de tal año y en determinadas condiciones técnico-mecánicas, la póliza le puede cubrir determinados riesgos y la prima es de un monto determinado. Pero si las condiciones cambian, se debe informar al asegurador. En ese

caso, la aseguradora puede decir que no asegura ese riesgo en esas condiciones o lo hace bajo otras condiciones y a otro precio. Esa es la función que tiene la información. Reitero que tanto la ley mexicana como la colombiana y la peruana recogen la misma idea.

Asimismo, se trata de no especular porque si, por ejemplo, tengo un plazo de diez días, se puede estar nueve días arriesgando el riesgo que me ha trasladado el asegurador. Lo que se busca es que en esa relación de buena fe, en la que la empresa asegura lo que el asegurado declaró, se avise lo antes posible. Es un concepto razonable y explicable para la técnica aseguradora. Por decirlo de alguna forma, la empresa asegura a ciegas ya que no ve lo que se asegura. Lo que ve es lo que se declara; por lo tanto, cuando las condiciones de riesgo cambian, es necesario que el asegurado lo comunique de inmediato. Si tengo un coche particular y luego lo utilizo de taxímetro o de Uber, voy a estar más tiempo en la calle, expuesto a mayores riesgos, y seguramente utilice el vehículo a mayor velocidad; por lo tanto, estoy exponiendo el riesgo a un peligro mayor. El cambio de las condiciones se debe comunicar inmediatamente, lo que no significa hacerlo en segundos, sino en el momento más lógico.

Esa es la mecánica que se busca, con la garantía para el asegurado de que no se trata del agravamiento de riesgo que a mí se me ocurra, sino que es un perito quien debe determinar que el riesgo que quiero excluir o que no quiero cubrir porque no se me informó, hubiera llevado a modificar el contrato.

SEÑOR PRESIDENTE.- Continuamos con el artículo 20, «Agravamiento del riesgo en caso de siniestros». Hay una modificación remitida por Aproase.

SEÑOR BORDABERRY.- Si se modifica el artículo 18, se modifica también el 20, que está vinculado. Por lo tanto, se puede seguir con el articulado.

SEÑOR PRESIDENTE.- Pasamos, entonces, al artículo 24, «Entrega de la póliza», que tiene una modificación remitida por Aproase.

SEÑOR APOTHELOZ.- Con respecto al artículo 24, creo que hay un tema de lectura porque la propuesta de Aproase elimina: «La entrega podrá ser cumplida por un medio electrónico que permita comprobar su recepción o acceso del asegurado a la póliza, lo cual será determinado por la reglamentación». Esto se incluyó porque refleja lo que está sucediendo en el mercado. No se trata de que solo vaya a ser entregada por un medio electrónico, ya que dice «la entrega podrá ser». Quizás esto se incluye por aquello de que lo que abunda no daña. El banco todavía –soy funcionario y también cliente– me sigue mandando la póliza en un sobre por correo, sin perjuicio de lo cual igual tengo por Internet todas las condiciones.

En este caso, reitero que simplemente se trata de agregar, en función de cómo ahora se maneja el mercado, no solamente de seguros, sino el mundo de las transacciones, que esto puede hacerse por un medio electrónico. Además, lo remite a la reglamentación. Acá está el anuncio, la norma programática; las condiciones de la recepción y el acceso después quedarán determinadas por la reglamentación.

SEÑOR BORDABERRY.- Tanto en el artículo 25 como en el 24 no termino de comprender la objeción. Se dice que todo el mundo tiene un medio electrónico y, por tanto, se expresa que la entrega podrá ser cumplida por un medio electrónico que permita comprobar su recepción, etcétera. Es tan sencillo como poner «siempre que exista este». Creo que está claro y no le veo objeciones.

SEÑOR APOTHELOZ.- El artículo expresa: «cualquier medio que permita comprobar su recepción o acceso». Creo que es como un «también». Pienso que el principio general está en el párrafo anterior.

El artículo 24 expresa: «El asegurador, dentro de los primeros treinta días corridos de la celebración del contrato o toda vez que este se modifique, entregará al tomador una póliza debidamente firmada, con redacción clara en idioma español y fácilmente legible por un medio que permita comprobar su recepción o acceso». Este es el principio general. Puede ser por escrito, correo, *courier*, es decir, por millones de sistemas. El banco tiene ese prurito de entregar el sobre, que en mí caso me llega por correo; ni siquiera me lo dan en el mostrador del banco. Ese es el principio.

Después se dice que debe hacerse por un medio fehaciente que permita comprobar la recepción y acceso. Y se expresa que «podrá» ser cumplida, que es como un «también». Podría

pensarse que, si se puede, ¿para qué legislar? Aunque parezca mentira, en Internet todavía no hay mucha norma; hay gente que cuestiona la validez del contrato por Internet. En este caso el proyecto establece que, además de todos los medios clásicos, también puede hacerse por un medio electrónico. Ahora, como lo va a determinar la reglamentación, obviamente, a una persona que no tenga acceso a Internet, la empresa aseguradora no se lo va a mandar por ese medio. Alguien va a tener que certificar que lo recibió y tuvo acceso a él. Es un agregado, es como un mimo al asegurado. Además de los medios clásicos, la reglamentación va a determinar que también se lo puedan entregar y notificar por un medio electrónico. Para nosotros es eso.

SEÑOR BORDABERRY.- Tiene razón. Agregaría lo que acaba de decir, o sea, «en caso de que el asegurado cuente con ello», para evitar que la reglamentación le imponga al asegurado la obligación de tener un medio electrónico y, en caso de que no cuente con él, lo sancione. Creo que se le puede agregar lo que dijo nuestro invitado y solucionamos esta apreciación.

SEÑOR PRESIDENTE.- Pasamos al artículo 25. Aquí también tenemos algunas modificaciones que remite Aproase.

SEÑOR APOTHELOZ.- En el numeral 5 Aproase refiere al artículo 15 y el literal E) del proyecto del Poder Ejecutivo habla del artículo 16. Creo que habría que citar ambos artículos. El numeral 5 de la propuesta de Aproase expresa: «Los riesgos asumidos y los riesgos excluidos a que refiere el artículo 15», pero en nuestro proyecto decimos «Los riesgos asumidos y los riesgos excluidos a que refiere el artículo 16 de la presente ley».

Es claro, el tema es cómo se lo quiere leer. Tiene que ver con lo que el señor senador decía hoy de las perspectivas, cuando fue al curso que mencionó. ¿Qué sucede? Entre las cosas que debe tener la póliza están los riesgos asumidos y los riesgos excluidos a que refiere el artículo. Entonces, debería hacerse referencia a los artículos 15 y el 16 porque uno es el riesgo asegurado y el otro el riesgo excluido. Entonces, le puse, como comentario, que deberían ser los dos: «Los riesgos asumidos y los riesgos excluidos a que refieren los artículos 15 y 16 de la presente ley».

(Apoyado).

SEÑOR BORDABERRY.- Y el siguiente depende de lo que hagamos con el artículo 18, porque si en este aceptamos el agravamiento, hay que incluir esto. Depende, pues, de lo que se resuelva ahí.

SEÑOR PRESIDENTE.- Es verdad.

SEÑOR BORDABERRY.- Y en el inciso final también es respecto de la anterior modificación a que acabamos de hacer referencia, que es la de los medios electrónicos.

SEÑOR APOTHELOZ.- Es claro.

SEÑOR BORDABERRY.- Eso es lo que se agrega.

SEÑOR PRESIDENTE.- Pasamos al artículo 33, numeral 3.

SEÑOR APOTHELOZ.- Antes quiero hacer un comentario.

Como se recordará, en el artículo 33 –este es uno de los agregados que hizo el proyecto de Audea y del banco– no cambiamos nada, sino que simplemente se trata de perfeccionar alguna cosa. Recuerden que es un contrato bilateral y sinalagmático, y la obligación del asegurador, como se dice en el artículo 32 es: «Actuar de buena fe y no transgredir el deber de informar en la etapa precontractual, de perfeccionamiento y de ejecución del contrato de seguro».

El proyecto del Poder Ejecutivo –con el que ellos después estuvieron de acuerdo–, cuando habla de las obligaciones del tomador, pasa directo a pagar al asegurador el premio, pero no incluye una frase análoga de actuar de buena fe y no transgredir el deber de informar en la etapa precontractual de perfeccionamiento y de ejecución del contrato. Esto genera una asimetría enorme, cuando justamente hablábamos de la relación sancta. Yo necesito que también la ley diga que el

asegurado tiene que actuar de buena fe porque me está trasladando un riesgo que no conozco. Es lo que hablábamos hoy.

Entonces, como para el asegurador el principio general es actuar de buena fe y no transgredir, también para el asegurado, el tomador, la obligación –y debe ser la definición– es actuar de buena fe y no transgredir el deber. Eso equilibra. Después vienen los otros.

Aproase eliminó el agregado, volviendo al proyecto; creo que ya habíamos acordado incluirlo. El mercado asegurador entiende que debe estar porque es lo que equilibra, pues de lo contrario en el día de mañana un juez puede decir: «Ah, la ley dice que el que tiene que actuar de buena fe es el asegurador; no dice eso del asegurado». No sé si me explico. Entonces, ahí sí generaría un desequilibrio porque, justamente, lo que vendo es confianza. Yo confío en lo que me dice mi asegurado. Como le cubro lo que me dice mi asegurado, necesito que la ley diga que debe actuar de buena fe, al igual que me lo exige a mí.

Por eso es un párrafo necesario y que, reitero, ya lo habíamos hablado.

SEÑOR BORDABERRY.- Yo creo que la redacción de las modificaciones de Aproase agravan la situación del asegurado. Después de la discusión que habíamos tenido sobre si se podía obligar a mantener el estado del riesgo –esa era la objeción–, vimos que en caso de que no se mantuviera se debería comunicar y en ese momento seguía el contrato o no. Acá se elimina la obligación de comunicar el riesgo y solo se obliga a mantener el estado del riesgo, que es más grave. Si se modifica el estado del riesgo y no se lo comunica, cuando la persona vaya a cobrar se le podría decir que hubo una modificación, que no cumplió con mantener el riesgo y, entonces, no se le va a pagar la indemnización. Ahora bien, si se modificó y lo comunica, creo recordar que se prevén determinadas circunstancias: el asegurador puede optar por seguir con el contrato o tomar otras opciones. No entiendo mucho el cambio que propone Aproase.

SEÑOR APOTHELOZ.- Justamente, no se explica la supresión en el numeral 3 que, además de lo que dice el señor senador, es esencial en la tecnicidad del seguro. Es importante que se le proporcione al asegurador, antes de la celebración del contrato, no solo la información que figura en el cuestionario que este le suministra, sino todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Forma parte de la esencia del contrato. Ese es un modelo. Reitero que es esencial porque si no existe esto, no existe contrato de seguro, sino otra cosa. Ese es el deber básico del asegurado, como también es un deber básico del asegurador actuar de buena fe.

SEÑOR BORDABERRY.- Vuelvo a reiterar que para mí la obligación no debe ser mantener el estado del riesgo. La obligación debe ser informar de los cambios del estado del riesgo y eso le da derecho al asegurador a terminar con la cobertura, suspenderla, etcétera, como se establece en el artículo 19. De todos modos, como ya dimos una larga discusión al respecto, no quiero reeditarla.

SEÑOR PRESIDENTE.- En consideración el artículo 34, que tiene modificaciones de Aproase.

SEÑOR APOTHELOZ.- Acá se reedita lo hablado sobre la denuncia. Todos los modelos que hay en el derecho comparado tienen este tipo de redacción. El artículo 34 dice: «El tomador, asegurado o beneficiario, o quien tuviere interés, tiene la carga de informar la ocurrencia del siniestro al asegurador en forma inmediata y además la carga de formalizar la denuncia dentro de los cinco días corridos de ocurrido el siniestro», etcétera. Insisto: informar y formalizar la denuncia, y volvemos a la inmediatez. Formalizar la denuncia es establecerla de una manera formal completando, seguramente, un formulario de denuncia dentro de los cinco días. Ahora bien, ¿por qué la información debe ser inmediata? Porque la única manera que tiene el asegurador de preservar sus derechos es tener la posibilidad de acudir de inmediato al lugar del siniestro –aunque a veces no va– para ver cuáles fueron las circunstancias constitutivas, para poder mandar un experto, un liquidador o lo que fuere. Por eso existe la obligación de informar del siniestro. Por ejemplo, en el Banco de Seguros del Estado se puede hacer la denuncia telefónica, la que después se formaliza. Esto también se da en todos los modelos.

La relación entre el asegurador y el asegurado lleva a la otra pata de la relación: yo te cubro lo que me has dicho en las circunstancias que me has dicho, pero apenas acaecido un siniestro debo tener la oportunidad –no siempre se da– de ir al lugar a ver cómo sucedió. Es como todo: a veces sucede que ver *in situ* las circunstancias de un siniestro es esencial; si se da un choque de autos, usted no puede estar cinco días con los vehículos parados en la vía pública. Es necesario que se haga presente de manera inmediata un inspector, ADA o alguna de las empresas que se dedican a esto para

ver las circunstancias constitutivas del siniestro y poder hacer una composición de lugar respecto de los factores que contribuyeron a la verificación del siniestro. Esa es la razón de todo esto; se puede decir que es esencial que el asegurador sepa de inmediato que ocurrió el siniestro, más allá de que después se formalice con las declaraciones y demás, porque también se evitan aspectos que tienen que ver con el fraude. Lo cierto es que, por ejemplo, si tengo un siniestro y hay algo que me complica, al tener cinco días puedo desarticular ese escenario. En cambio, si la información es inmediata, el asegurador puede llegar enseguida, analizar y hacer los relevamientos que entienda pertinentes a fin de verificar las circunstancias constitutivas del siniestro y ver si se dan todos los elementos para la cobertura. Creo que es algo de lógica.

Como dije anteriormente, ellos cambian ese aspecto esencial y no lo toman en cuenta; lo que propone Aproase es que la carga de informar se verifique dentro de las veinticuatro horas posteriores, pero que en ese tiempo se pueden hacer muchas cosas. Por ejemplo, si una persona tenía un elevado nivel de alcohol en sangre, luego de veinticuatro horas tal vez no quede rastro de ello.

(Dialogados).

SEÑOR BORDABERRY.- Me gustaría hacer una consulta como ciudadano de Montevideo porque no puede ser que cada vez que hay un siniestro, por más leve que sea, todo el tráfico se distorsione y sancionemos a cientos de conductores porque hay que esperar a que venga el asegurador. Entiendo que cuando hay heridos graves y demás es necesario determinar responsabilidades penales, pero creo que hoy en día el hecho de no poder mover los autos –pensemos, por ejemplo, en avenida Italia, en la rambla o en los accesos– cuando hay un accidente para esperar a que vengan los de las aseguradoras a determinar quién tuvo la culpa atiende al interés de las aseguradoras y los asegurados, pero no al de los miles de otros ciudadanos que circulan. En el mundo actual, donde todos tenemos un teléfono con el que podemos sacar fotos y filmar, sería necesario buscar otras alternativas.

Hace poco me crucé con nuestro excompañero, el hoy intendente Daniel Martínez, y le dije que es necesario buscar algo porque estas circunstancias son un desastre para la circulación. Se toma una gran cantidad de medidas para mejorar la circulación y cualquier siniestro implica un problema grande. Sin embargo, en el proyecto de ley estamos diciendo que «En el caso de siniestros de automotores, las personas involucradas en el mismo deberán dar cuenta inmediata a las respectivas aseguradoras para formalizar el parte del siniestro, pudiendo las aseguradoras una vez noticiadas exonerar a su asegurado de la permanencia en el lugar». O sea que por ley estamos diciendo «Usted se tiene que quedar hasta que la aseguradora diga que se pueden ir usted y el auto».

SEÑOR APOTHELOZ.- Esa es la propuesta de Audea y lo incluimos porque obedece a la práctica del asegurado, para que la gente supiera qué hacer.

Aquí se habla de «exonerar a su asegurado de la permanencia en el lugar» y por supuesto que se refiere al lugar en donde se produjo el evento, pero los aseguradores no decimos que hay que dejar el auto en medio de la calzada. Por ejemplo, el otro día en un embotellamiento en Bulevar General José Artigas tuve un roce con otro auto y cuando el conductor quiso bajar, le dije que se acercara al cordón de la vereda para no trancar toda la avenida. Las aseguradoras no piden que dejen los coches en el mismo lugar donde se produjo el siniestro, salvo si hay lesionados. En ese sentido decimos: «exonerar a su asegurado de la permanencia en el lugar»; en el lugar de los hechos, no en la calzada, en la zona donde se produjo. Esto no estaba en el proyecto de ley. La verdad es que la mayoría de los siniestros en nuestro país son con automóviles y esta era una forma de regular la actuación. Por eso decimos: «En el caso de siniestros de automotores, las personas involucradas en el mismo deberán dar cuenta inmediata a las respectivas aseguradoras …». Es fundamental el ejemplo que les citaba sobre la denuncia del siniestro después de cinco días. Es importante que vaya la aseguradora y vea cómo está el auto para que no le traten de incluir algún roce anterior.

SEÑOR BORDABERRY.- Eso debería ser objeto de la póliza y no de la ley.

Hoy día hay autos que traen cámaras que filman con memoria todo el tiempo, una especie de *GoPro* inversa. Cuando uno se sube al auto, comienza a filmar y cuando llega al destino se borra y no llena la memoria; así graba todo el tiempo lo que está sucediendo. Entonces, incluirlo en una ley que después habría que modificar, parecería ser mucho.

SEÑOR APOTHELOZ.- Lo que dije fue para hacer una aclaración; no es la esencia.

SEÑOR PRESIDENTE.- Puede remitirse a la reglamentación.

SEÑOR APOTHELOZ.- Sí.

SEÑOR PRESIDENTE.- La reglamentación podría avizorar cambios tecnológicos que pudieran ir dándose y de ese modo sería más fácil introducir modificaciones.

SEÑOR APOTHELOZ.- De acuerdo. Esto obedece a ese excesivo celo que a veces tenemos. Simplemente fue un agregado que se hizo porque esa es la práctica. Pero comparto lo que señala el señor senador respecto a no dejar el coche en medio de la calle trancando el tránsito por un roce o un abollón; eso es un disparate.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si no hay más observaciones pondríamos en consideración el artículo 46, Declaraciones falsas o inexactas y reticencia.

SEÑOR APOTHELOZ.- El artículo 46 reproduce el artículo 640 del Código de Comercio. El legislador de aquella época se asesoró bien o conocía muy bien el seguro porque es un artículo básico que también está en todos los modelos jurídicos del mundo. Esto tiene que ver con la relación de excelsa buena fe entre el asegurado y el asegurador. Dice: «Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas del asegurado, aun hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato, o modificado sus condiciones, si el asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado de las cosas, hace nulo el seguro». Se puede asegurar lo que se declara y si se declara algo que no es –aunque no se haga de mala fe, para ocultar algo, mentir o generar un fraude– puede ocurrir que de saberlo no se hubiera asegurado en esa circunstancia. Respecto a la técnica del seguro, como decíamos, el asegurador no puede inspeccionar todos y cada uno de los riesgos de un contrato que por esencia es masivo. Entonces, esta disposición justamente cubre eso. Este es un contrato de excelsa buena fe: «Yo te cubro lo que tú me declaras, pero si hay declaraciones inexactas o reticencias aun de buena fe que a juicio de peritos demostrara que eso hubiera impedido el contrato o modificado sus condiciones si el asegurador hubiere conocido el verdadero estado de las cosas, hace que el seguro no tenga validez, que sea nulo». En esencia, es la contracara de la buena fe que tengo sobre el asegurado, cuando le cubro el riesgo que él declara. Le cubro el riesgo que declara, pero debo tener la salvaguarda de que, si lo que declara –aunque haya sido de buena fe– no es el riesgo que él transfirió, la cobertura no acaece. Es obvio, pues es como asegurar a ciegas: si después, a juicio del perito –no es algo que se me ocurra a mí–, lo que transfirió no corresponde, la cobertura no acaece.

De modo que la esencia de la estructura económica del contrato de seguros es uno de los centros de la naturaleza jurídica. Por eso, cuando Aproase cambia y dice «que fueran hechas de mala fe» –después veremos la expresión «a juicio del juez competente»–, lo toma por otro lado, como una sanción o una pena. En el artículo 46 mencionado por el señor senador, que reproduce el 640 del Código de Comercio, no se trata de que el contrato sea nulo porque se castiga por haber dicho algo que no es, sino que es nulo por haber transferido un riesgo que no es el que se declaró, que es distinto. Entonces, cuando Aproase solo lo circunscribe a la mala fe, está entrando al derecho sancionatorio: como sanción, por haber actuado de mala fe, el seguro es nulo. No tiene nada que ver con eso, sino que es un tema relacionado con la esencia del contrato de seguros, que hace a la exquisita buena fe de la que habíamos hablado hoy. No es una pena, no es un castigo, el seguro se hace nulo porque la empresa cubrió otra cosa y el usuario declaró algo distinto a lo que se pretendía cubrir y por eso no se puede hacer el seguro.

El otro tema que considero que perjudica al propio usuario, es cuando proponen «a juicio del juez competente»; o sea, cambian al perito. Ahí confunden, porque, ¿quién elige el perito? Con esta fórmula que propone Aproase, todas las exclusiones tendrán que ir a juicio. Sin embargo, si hay un perito que sostiene que tal o cual cosa estaba dentro de los planes, se puede cubrir. Pero, de esta manera, se debe ir a la Justicia. Dicho de otro modo, se judicializa la interpretación del contrato.
Nosotros decimos «a juicio de peritos», en un juicio o fuera de un juicio, pero cuando Aproase propone «a juicio del juez competente hubiera impedido el contrato», nos obliga a las partes a ir a juicio. De este modo, judicializamos la gestión y perjudicamos la celeridad que debe tener el contrato de seguros. La solución, lejos de mejorar, provoca un retroceso en los componentes esenciales del contrato de seguros.

Parte de los errores conceptuales es creer que estamos hablando de una sanción y además judicializar. Me parece que no es esa la intención.

SEÑOR PRESIDENTE.- Correspondería pasar al artículo 47.

Al respecto, en el acta n.º6 del 24 de octubre de 2017 consta que el doctor Apotheloz sostiene que es ajustado a derecho y que reproduce con acierto lo regulado en otros modelos jurídicos.

SEÑOR APOTHELOZ.- Efectivamente, en un informe elaborado por mí cito la doctrina extranjera. Este artículo es copia de otras legislaciones. Como siempre hemos dicho, la pólvora ya se inventó. Es muy difícil que haya un modelo de ley sobre seguros con una previsión que nadie nunca haya tomado o visualizado, porque el seguro en España o en Costa Rica es igual que el de acá.

SEÑOR PRESIDENTE.- El artículo 47 estaba desglosado.

Si no hay objeción, pasaríamos a la consideración del artículo 70 (Carga de informar sobre linderos). Aproase propone su eliminación.

SEÑOR APOTHELOZ.- Insisto en que es un artículo que está en todas las leyes de seguros. Aquí estamos hablando de que se modifique en forma notoria. Esto lo hemos dicho siempre: un incendio no es cualquier situación, como cuando hablábamos del freno de mano, sino que tenemos que tener en cuenta la especialidad de este seguro. Cuando se produce un incendio generalmente existen riesgos de propagación con numerosos efectos, y los daños que provoca no se limitan solamente a las llamas, sino también el humo, la contaminación y una serie de cosas. Una de las cargas establecidas en todos los modelos jurídicos del mundo es la comunicación inmediata, es decir, la notificación de la modificación de los linderos que notoriamente signifiquen un agravamiento de los riesgos del asegurado bajo pena del rechazo de la cobertura. Estamos hablando de algo notorio, para lo que no es necesario tener un conocimiento técnico; estamos hablando de situaciones que notoriamente puedan generar un agravamiento que haga insostenible el riesgo como, por ejemplo, si al lado de mi casa me instalan un polvorín.

SEÑOR BORDABERRY.- Siempre tengo dudas sobre el funcionamiento del contrato de seguros. Por ejemplo, si aseguro un inmueble tengo determinados riesgos, pero después resulta que hay un agravamiento del riesgo del que no soy responsable. A su vez, tengo un plazo vigente y estoy pagando. Como tengo que informarlo, lo hago, ¿y cuál es el efecto de esa información? Informo que al lado de mi casa instalaron una fábrica de bombas brasileras y fuegos artificiales porque se viene fin de año, que se instaló una mesa y los están vendiendo ahí. ¿Qué efecto tiene? Porque el riesgo sigue siendo suyo, yo contraté el seguro, que se haya instalado allí no es culpa mía, es un riesgo que usted asumió.

SEÑOR APOTHELOZ.- Eso forma parte de los conceptos generales que recién mencionamos. Es cierto que no es culpa de nadie, pero no hablamos de culpa sino de riesgo. Esto se hace en los seguros contra incendio, que están específicamente establecidos por los efectos que tiene. No es un tema de culpa, sino que cuando cubrí el riesgo era, por ejemplo, en una zona residencial, y ahora al lado me pusieron una fábrica de fuegos artificiales, y si explota capaz que se propaga un incendio afectando mi casa, que está asegurada contra incendio. El riesgo se agravó. Los artículos 18, 19 y 20 del proyecto de ley establecen que se tiene que informar cuando el riesgo aumenta, pero haciendo la distinción de si es causado por mí o por terceros. El artículo 18 establece diferencias sobre cómo debo informar el agravamiento de riesgo según sea provocado por mí o por un tercero. No se trata de quién lo provoca; no es un tema de culpa, sino que es tema de la técnica aseguradora.

El asegurador le va a decir: «Está bien, señor senador, usted no tiene la culpa pero yo cubrí el riesgo de su casa en zona residencial, donde mi prima –el precio al que cobré el seguro–, según los criterios estadísticos de siniestralidad, es tal o cual. Pero si ahora hay una fábrica de fuegos artificiales, mi probabilidad aumenta, se me agrava el riesgo y ya no es lo que cubrí». Le va a explicar que cubrió el riesgo de una casa cuyos linderos eran viviendas familiares pero que si ahora hay un polvorín, una fábrica de fuegos artificiales, entonces el riesgo de incendio –por eso habla de los linderos– aumenta y la prima que le cobró no es representativa del riesgo que se le cedió.

Recuerden los señores senadores –esto lo hemos hablado siempre– que los aseguradores nunca cobramos el precio del riesgo que el asegurado nos traslada, ese es el famoso bolsón que mencionamos. La técnica del seguro nos habla de que la parte de la prima que le cobro a mis asegurados se basa en el razonamiento de que todas las personas sometidas al mismo riesgo no van a tener un siniestro en el mismo momento. Entonces, les cobro una infinitésima parte del riesgo pensando en factibilidades siniestrales, para las que utilizo las técnicas de la estadística, de la proyección, etcétera. En función de esos criterios y de esas estadísticas se establece que para las

casas de ciertas características, de zona residencial y cuyo uso es vivienda familiar, las hipótesis o probabilidades de riesgo son tales o cuales y se cobra determinada prima.

Ahora bien; si hay un hecho que agrava el riesgo –no importa que no sea culpa del asegurado–, al asegurador se le desvirtúa la ecuación económica porque por ese precio no compensa la cobertura que está dando y por eso hay que informarlo. Si a juicio de peritos –como siempre decimos– hay un agravamiento del riesgo, el asegurador tiene que decirle al asegurado que ya no le cubre el riego porque cambiaron sus circunstancias constitutivas o que lo cubre en otras condiciones. Es posible que eso no origine un aumento de la prima; tal vez se recomiende, por ejemplo, poner un muro divisorio, una pared cortafuego o tres hidrantes en el fondo; en fin. Estoy planteando hipótesis y teorías.

Se trata, simplemente, de que el asegurador sepa cómo está el riesgo y pueda tomar las medidas que sean necesarias, tanto desde el punto de vista económico –si tiene que ajustar la prima– o de la seguridad. No siempre el asegurador está para cobrar más o dejar de cubrir el riesgo, sino que muchas veces también está para aconsejar respecto a determinadas medidas de prevención porque, en algunas situaciones, el riesgo puede ser mucho más grave de lo previsto. Esta es la razón.

SEÑOR BORDABERRY.- Siempre hay un cambio de circunstancias. Desde el momento en que ocurre un siniestro hay un cambio de circunstancias, ¿no es así? Ocurrió un hecho y la circunstancia anterior se modificó.

Ahora, ese cambio de circunstancia se puede dar en un solo momento o durante un tiempo en el que se agravó la situación. El asegurado puede advertir que se agravó, pero de ahí a dar al asegurador el escape de dejar de dar cobertura hay mucha distancia. En realidad, la circunstancia de que ocurra el siniestro se puede dar por etapas y, a pesar de eso, el asegurador se puede ir; eso es lo que me hace ruido. Estoy de acuerdo en que hay que avisarle para que tome las medidas necesarias, pero de ahí a darle la posibilidad de que no cubra más el riesgo, repito, hay mucha distancia. Podría cubrirlo hasta el vencimiento del contrato, es decir, vence el contrato y, como fue avisado de que las circunstancias cambiaron, puede decir al asegurado que el riesgo es mayor y que por eso va a cobrar una prima también mayor o que no lo va a asegurar. Que se pueda apartar del contrato porque las circunstancias fueron cambiando paulatinamente –siendo que se asumió un riesgo que debía de estar calculado, se me ocurre– me hace ruido, pero estudiaré un poco más el derecho de seguros, que no domino.

SEÑOR APOTHELOZ.- Entiendo el planteo, pero volvemos a lo que es la técnica. Es decir, que el asegurador mantenga el contrato al vencimiento sería lógico siempre y cuando el riesgo trasladado no se modificara. Recuerden los señores senadores que no se trata de cualquier circunstancia sino de casos extremos y que esto siempre es a juicio de peritos. Es decir que no cualquier circunstancia lleva a que el asegurador dé por terminado el contrato o modifique la prima, eso tiene que estar justificado. Si hubiera un cambio de prima, usted tiene la posibilidad de decir: «No, esto tiene que ser a juicio del perito; muéstreme el informe pericial y voy a controlar que la circunstancia que le acabo de enunciar lleva a que el contrato justifique un aumento de prima». Esa es la garantía. Lo que pasa es que a veces es un poco difícil darse cuenta cómo en medio de un contrato, en caso de haber modificaciones, el asegurador puede modificarlo. Usted mismo dijo la palabra. Lo que sucede es que los contratos de seguros son de tracto sucesivo; el seguro perdura en el tiempo pero los riesgos son cambiantes. Al asegurador le dieron la foto de hoy y asegura por ella pero si el riesgo cambia de manera esencial, tiene el derecho a rever porque ahora es otro el riesgo que tiene a su frente. Justamente, lo que le da la especialidad al contrato de seguros y que a veces es difícil de entender, es la característica de tracto sucesivo, o sea, su permanencia en el tiempo, y por eso está la obligación de informar. Como es de tracto sucesivo, no es una foto, tiene implícito un cambio. La cobertura contra huracanes, tornados y tempestades en Uruguay hace veinte años –recuerdo que yo estaba en el departamento de incendios– se daba de regalo; era una yapa. Ahora, con el famoso corredor de tornados eso ha cambiado. Los cambios climáticos han hecho que las percepciones, las estadísticas, los estudios que hacen los aseguradores respecto de ese riesgo, se hayan modificado. Eso es una característica del negocio de seguros: los riesgos mutan y por tanto cambian sus circunstancias constitutivas y como son de tracto sucesivo, muchas veces se modifican durante la vigencia del contrato. A veces el cambio responde a factores externos y en otras ocasiones el cambio lo hace la persona.

SEÑOR BORDABERRY.- Este artículo no está en el Código de Comercio en el capítulo referido a los seguros. De pronto le podríamos pedir a la secretaría, abusando de su generosidad, que revisara si estos artículos tienen antecedentes en el Código de Comercio; hoy vimos que dos o tres tienen un antecedente claro y prácticamente son textuales. Estuve buscando este artículo 70 (Carga de informar sobre linderos) en el capítulo relativo a seguros de incendio pero no lo encontré. Me gustaría saber si

existe porque este artículo es un avance en beneficio de los aseguradores en relación con la situación actual.

SEÑOR APOTHELOZ.- De todas formas, senador, recuerde que esta es una ley que trata de modernizar un código vetusto. No obstante, hay muchos artículos que no van a estar. Por ejemplo, el riesgo de responsabilidad civil no está regulado en el Código de Comercio porque en aquella época ese riesgo era algo muy infrecuente y marginal. Justamente lo que queremos es *aggiornar* una norma sobre seguros que está contenida en un Código de Comercio de 1865. Entonces, van a haber muchos temas que hoy no están regulados. Sí hay normas sobre la carga de informar sobre linderos en seguros de incendios, por su especialidad, es decir, por su propagación, su difusión, en el derecho comparado. En la ley de seguros argentina esto está, y es una de las mejores leyes que existen, es modelo para muchos derechos, entre ellos, el nuestro, que también toma como modelo la ley española.

Como dije, hay muchos aspectos que no se van a encontrar en el Código de Comercio. En el Uruguay, después de 1865, salvo algunas leyes dispersas sobre accidentes de trabajo o el SOA, nos olvidamos de regular el contrato de seguros.

SEÑOR BORDABERRY.- Coincido en ese objetivo de *aggiornar* la legislación y modernizarla respecto a un código que es bastante antiguo, pero en este artículo estamos actualizando el tema a favor de las empresas aseguradoras, poniendo como carga del asegurado la obligación de informar determinados riesgos, sancionándolo si no lo hace.

Obviamente, que en ese objetivo de *aggiornarnos,* que compartimos cien por cien, se trata de que el beneficio sea para todos los participantes del negocio y no solo para algunos pocos. Ese es también mi objetivo. Como dije la vez pasada, el consumidor es el único que no viene acá. Vienen las empresas de seguros, el Banco Central del Uruguay y los vendedores, pero el consumidor no tiene una liga que lo represente. Es ahí donde estamos tratando de hacer escuchar el derecho del consumidor.

SEÑOR APOTHELOZ.- Cuando hablamos de las cargas, muchas veces se cree que son perjuicios para el consumidor. Las cargas forman parte de la esencia del contrato. Como estoy en un bolsón, sometido a un mismo riesgo debo decirle al consumidor que para que esto funcione y que la ecuación económica se mantenga –porque no me paga todo lo que me está trasladando– debe cumplir con determinadas cargas. A veces creemos que la carga es para obligar; sin embargo, es para decirle que vamos todos en el mismo tren. Si nos comportamos todos de la misma forma, el barco no se hunde.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos la presencia del doctor Apotheloz. Seguramente, lo convoquemos para tratar la otra mitad del articulado.

Se levanta la sesión.

(Son las 14:56).